POLIROM

Paul Gilbert

DEPRESIA

Psihoterapie şi consiliere

II428376

PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ LIBRARY

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAŞI
II 428.976

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Colecția *Psihologie clinică și psihoterapie* este coordonată de Ion Dafinoiu.

Contribuția traducătorilor:

Iulian Moga: prefețe, mulțumiri, partea I
Iustina Cojocaru: partea a II-a, anexe

Paul Gilbert, *Psychotherapy and Counselling for Depression*
Third Edition, 2007

English language edition published by SAGE Publications of London, Thousand Oaks, New Delhi and Singapore, © Paul Gilbert, 2007

© 2011 by Editura POLIROM, pentru ediția în limba română

Această carte este protejată prin copyright. Reproducerea integrală sau parțială, multiplicarea prin orice mijloace și sub orice formă, cum ar fi xeroxarea, scanarea, transpunerea în format electronic sau audio, punerea la dispoziția publică, inclusiv prin internet sau prin rețele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informațiilor, cu scop comercial sau gratuit, precum și alte fapte similare săvârșite fără permisiunea scrisă a deținătorului copyrightului reprezintă o încălcare a legislației cu privire la protecția proprietății intelectuale și se pedepsesc penal și/sau civil în conformitate cu legile în vigoare.

Foto copertă: © Tom Wang/Dreamstime.com

www.polirom.ro

Editura POLIROM

Iași, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506
București, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A, sc. 1, et. 1, sector 4,
040031, O.P. 53, C.P. 15-728

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:

GILBERT, PAUL

Depresia: psihoterapie și consiliere / Paul Gilbert; trad.: Iulian Moga, Iustina Cojocaru. – Iași: Polirom, 2011
Bibliogr.
Index

ISBN 978-973-46-2226-9

I. Moga, Iulian (trad.)
II. Cojocaru, Iustina (trad.)

616.89-008.454
616.895.4
616.851

Printed in ROMANIA

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

626770

Paul Gilbert

DEPRESIA

Psihoterapie şi consiliere

Traducere de Iulian Moga şi Iustina Cojocaru

1009299
BCU IASI
ALE
BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

POLIROM
2011

PAUL GILBERT este psiholog la Derbyshire Mental Health Services NHS Trust şi profesor de psihologie la Universitatea din Derby, membru al British Psychological Society şi al Royal Society of Medicine. În 2011 i s-a acordat titlul de „Officer of the Order of the British Empire" pentru merite în domeniul sănătăţii mentale, una dintre contribuţiile sale fiind terapia centrată pe compasiune. Domeniile sale de cercetare includ tulburările afective, psihozele, anxietatea socială, ruşinea, autocritica şi compasiunea. A mai publicat: *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (2005), *Overcoming Depression: A Guide to Recovery with a Complete Self-help Programme* (2009), *The Compassionate Mind* (2010), *Beating Depression: Inspirational Stories of Hope and Recovery* (2011).

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

13 SEP. 2013

Familiei mele, care m-a suportat atâta vreme, pentru toată dragostea şi susţinerea ei, şi clienţilor mei, care au încercat să mă educe.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cuprins

Prefaţă la ediţia întâi 9
Prefaţă la ediţia a doua 11
Prefaţă la ediţia a treia 15
Mulţumiri 19

Partea I

Înţelegerea naturii depresiei
din perspectivă biopsihosocială

Capitolul 1. Depresia. Noţiuni de bază 25
Capitolul 2. Sisteme multistratificate în cadrul depresiei 57
Capitolul 3. Creierul, ameninţările şi depresia 102
Capitolul 4. Abordările comportamentale:
aspecte legate de acţiune 132
Capitolul 5. Nevoile şi rolurile sociale umane: ataşamentul,
conectarea socială şi eşecul 164
Capitolul 6. Gândirea, conştiinţa de sine, obiectivele
sociale şi rolul ruşinii în cadrul depresiei 227

Partea a II-a

Procesul din cadrul parcursului terapeutic

Capitolul 7. Relaţia terapeutică şi conlucrarea în consiliere 291
Capitolul 8. Începutul demersului terapeutic alături
de persoana depresivă 341
Capitolul 9. Gânduri, convingeri şi strategii de siguranţă:
construirea formulărilor 378

BABEŞ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 10. Să ne ajutăm pacientul să se angajeze în demersul schimbării: câteva principii de bază 438
Capitolul 11. Dezvoltarea compasiunii față de sine 473
Capitolul 12. Centrarea intervențiilor vizând în mod special tendințele autocritice 525
Capitolul 13. Abordarea dificultăților specifice (I): aprecierea, reușita, asertivitatea și rebeliunea 573
Capitolul 14. Abordarea unor dificultăți specifice (II): rușinea, vinovăția, idealizarea și invidia 601
Capitolul 15. Scurtă recapitulare, câteva observații despre încheierea relației terapeutice și reflecții personale 641

Anexa 1. Formularea și conceptualizarea cazului 669
Anexa 2. Planificarea comportamentală 673
Anexa 3. Abordarea terapeutică a modurilor de gândire 675
Anexa 4. Să reflectăm asupra unor aspecte utile în lucrul cu gândurile depresive 678
Anexa 5. Terapia centrată pe compasiune 685
Anexa 6. Să construim o imagine plină de compasiune (fișă pentru pacient) 688
Anexa 7. Să folosim compasiunea pentru a ne schimba modul de gândire (pentru terapeuți) 690
Anexa 8. Scrisorile pline de compasiune 697
Anexa 9. Urmările manifestării compasiunii față de sine și față de ceilalți 704
Anexa 10. Literatură motivațională și adrese web utile 706

Bibliografie 711
Index 747

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Prefață la ediția întâi*

Terapia cognitivă își are începuturile în America, în urmă cu mai bine de 30 de ani. De atunci, ea a cunoscut o dezvoltare remarcabilă în privința grupurilor de clienți tratate și a abordării sale terapeutice. Două domenii care au cunoscut schimbări semnificative față de formulările inițiale sunt accentuarea importanței relațiilor terapeutice (de exemplu, Beck *et al.*, 1990; Safran și Segal, 1990) și creșterea interesului legat de procesele cognitive interpersonale (de exemplu, Bowlby, 1980; Liotti, 1988; Safran și Segal, 1990). Ambele sunt și teme principale ale acestei cărți. În 1988, Trower și colaboratorii săi au publicat *Cognitive-behavioural Counselling in Action* (Sage, Londra). Aceștia au descris principalele tehnici și probleme legate de abordarea cognitivă. Volumul de față dezvoltă această lucrare introductivă. El explorează consilierea interpersonală cu un anumit grup de clienți – persoanele deprimate.

Această carte își propune să se axeze pe teme interpersonale în consilierea clienților deprimați, inclusiv cele privitoare la relațiile terapeutice. Volumul are două părți, fiecare cu câte patru capitole. Primul capitol se ocupă de probleme privitoare la natura depresiei și la relațiile terapeutice. Încerc să surprind aici câte ceva din natura experienței depresive și să-mi concentrez atenția asupra deprinderilor importante ale consilierilor. Capitolul al doilea explorează temele centrale ale abordărilor interpersonale, domeniile fundamentale ale relațiilor și modul în care acestea sunt influențate de depresie. Capitolul al treilea schițează premisele fundamentale ale abordării cognitive și motivul pentru care consilierii cognitivi se ocupă în special de construirea semnificațiilor interioare, de modalitățile de atribuire de cauze lucrurilor, precum și de atitudinile și credințele fundamentale.

---

* Paul Gilbert (1992), *Counselling for Depression*, Londra, SAGE Publications (n. r.).

Capitolul al patrulea explorează modalitățile multiple de conceptualizare a intervențiilor terapeutice și de a face față gândurilor și atitudinilor disfuncționale.

A doua parte își propune să dezvolte aceste concepte și să-l conducă pe cititor, printr-o abordare graduală, către înțelegerea procesului de consiliere a persoanei deprimate. Sunt date exemple pentru a pune în lumină anumite probleme și pentru a sublinia tipurile de intervenție. Mare parte a acestor exemple nu provin direct din interviurile înregistrate (cu excepția câtorva), ci din notele făcute la sfârșitul ședințelor de terapie. Ele nu redau exact cazul, ci au rolul de a indica și de a reliefa anumite probleme. Toate numele clienților au fost schimbate, fiind introduse și anumite modificări la nivelul povestirii, pentru a evita identificarea. Capitolul al cincilea prezintă problemele care apar în timpul secvențelor inițiale ale terapiei și modul cum să integrăm și să punem de acord cunoștințele împărtășite cu scopurile consilierii. Cel de-al șaselea capitol se referă la tipurile de probleme care apar pe parcursul procesului de consiliere, pe măsură ce atât consilierul, cât și cel consiliat se implică în explorări mai profunde și caută căi de schimbare. Capitolul al șaptelea abordează câteva dintre problemele deosebite care apar la clienții deprimați. O atenție deosebită este acordată rușinii, vinovăției, invidiei și idealizării, care joacă adesea un rol major în cadrul experiențelor depresive. Capitolul al optulea are în vedere încheierea terapiei și oferă câteva considerații de natură personală.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Prefață la ediția a doua*

De când am scris prima ediție a cărții au survenit anumite schimbări, mai ales faptul că am acumulat experiență în tratarea persoanelor deprimate, care sunt cei mai buni profesori. De asemenea, eforturile noastre de cercetare în privința comportamentelor de supunere, evadare și eșec au fost destul de fructuoase (de exemplu, la Allan și Gilbert, 1997; Gilbert și Allan, 1998). Bunăoară, am descoperit că mulți dintre cei deprimați (dacă nu chiar toți) nu se pot elibera de lucrurile care le cauzează durere. Aici am putea include relațiile acestora, speranțele și aspirațiile zădărnicite, relațiile sau bolile fizice. Cei deprimați se pot afla sub un bombardament constant de gânduri și trăiri negative, de care pare aproape imposibil să se debaraseze. Prin urmare, se vor simți înfrânți și copleșiți de această latură negativă. Terapia poate diminua acest bombardament și poate ajuta persoana în cauză să dezvolte mai multe relații de sprijin interior, mai multe comportamente utile de adaptare și să obțină mai mult spijin din mediul exterior.

Linia generală a cărții este similară celei din prima ediție, însă unele capitole au fost în mare parte rescrise și actualizate și am adăugat un capitol dedicat intervențiilor. Primul capitol se ocupă de natura depresiei și de importanța diverselor aspecte ale relației terapeutice. Capitolul al doilea a fost rescris pentru a cuprinde noile înțelesuri și descoperiri din cercetarea depresiei. Sunt prezentate istoriile personale fizice, temele gândirii depresive și diferitele comportamente adaptive care adesea se pot dovedi ineficiente pentru persoanele cu depresie. Capitolul al treilea descrie câteva dintre premisele fundamentale ale abordării cognitive în privința tulburărilor depresive și modul în care persoanele cu depresie tind să „persiste" în diferite gânduri, trăiri și scenarii negative privitoare

---

* Paul Gilbert (2000), *Counselling for Depression*, ed. a II-a, Londra, SAGE Publications (n. r.).

la viitor. Cel de-al patrulea capitol explorează diferite procese folosite în intervențiile comportamental-cognitive pentru a combate diverse gânduri și comportamente negative. Capitolul al cincilea oferă o imagine asupra combaterii percepțiilor negative în anumite moduri și îndeosebi asupra combaterii percepțiilor interne ale rușinii. De asemenea, cercetez în profunzime importanța dezvoltării unei afecțiuni interioare.

Partea a doua începe cu capitolul al șaselea, care expune câteva modalități de a începe procesul de consiliere a persoanei deprimate. În cotinuare, capitolele 7 și 8 se axează pe problemele deosebite care au șanse mari să apară în consilierea persoanelor cu depresie. Aceste două capitole oferă exemple privitoare la modalitatea de a acționa în anumite cazuri, întrucât această carte se axează pe o tematică interpersonală. Cel de-al nouălea capitol oferă o privire de ansamblu asupra tipurilor de intervenție luate în discuție, cercetează problemele legate de încheierea terapiei și principalele probleme de relaționare terapeutică ce pot apărea în timpul consilierii. Încheiem prin studierea unor convingeri și gânduri exprimate de consilieri atunci când încearcă să îi ajute pe cei cu depresie.

Această ediție conține și câteva anexe care sunt de ajutor pentru identificarea gândurilor negative, cuprinzând și întrebările necesare pentru a le combate și modul în care se poate lucra cu formele gândirii.

În privința primei ediții, această carte nu se adresează persoanelor fără pregătire sau experiență în consiliere. Ne așteptăm ca persoanele care utilizează aceste proceduri să aibă o pregătire corespunzătoare în domeniul consilierii și ca abordările subliniate aici să-și poată face loc în practica acestora. În mod ideal, acest lucru ar trebui să se efectueze sub supravegherea unor terapeuți cognitiviști experimentați. Acest volum oferă de asemenea o abordare deosebită în privința consilierii unei persoane cu depresie. Există numeroase cărți excelente de terapie cognitivă, însă o singură carte nu poate acoperi toate principiile fundamentale și toate modalitățile de lucru.

Această carte se axează îndeosebi pe dinamica relațiilor interpersonale și pe modurile de gândire interpersonală ale persoanelor deprimate. Ea este concepută pentru a vă îndruma pas cu pas printr-o formă a procesului de consiliere. De asemenea, furnizează unele considerații în legătură cu modul în care trebuie tratate anumite probleme. Nu oferă detalii privitoare la consilierea cuplurilor sau a familiilor, chiar dacă această carte se ocupă de cunoașterea interpersonală. Repet, acestea ar fi prea mult pentru

cuprinsul acestei cărţi, iar problemele respective pot fi tratate mai bine de către cei care se ocupă şi scriu despre depresie din acea perspectivă. Veţi constata că textul a fost reactualizat cu noi referinţe despre care sper că vă vor fi utile în explorarea literaturii legate de depresie. Să lucrezi cu pacienţi deprimaţi reprezintă întotdeauna o încercare. Fiecare persoană este unică, cu toate că persoanele deprimate prezintă multe teme şi probleme comune. O carte ca aceasta poate reprezenta doar un ghid care sper că va fi util multor terapeuţi şi clienţilor lor.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Prefață la ediția a treia

Au trecut mai bine de 16 ani de la apariția primei ediții a acestei cărți și este interesant să mă uit din nou peste remarcile pe care le-am făcut la edițiile anterioare. Multe lucruri s-au petrecut în acest răstimp în privința înțelegerii și tratării psihologice a depresiei. Au apărut multe terapii noi în privința depresiei și au fost înființate în diferite țări grupuri naționale de îndrumare care cercetează diferitele metode de intervenție. La noi în țară, grupul național de îndrumare este denumit NICE (The National Institute for Clinical Excellence), iar ghidul NICE privitor la depresie a fost publicat în decembrie 2004. Concluzia generală este aceea că există dovezi tot mai numeroase și demne de încredere că anumite intervenții psihologice sunt eficiente în cazul anumitor depresii, însă este nevoie de mult mai multe cercetări legate de procesele psihologice care stau la baza depresiei și de modul în care pot fi ajutate mai multe persoane. Dat fiind nivelul ridicat și în continuă creștere al incidenței depresiilor și dificultăților personale, sociale și economice generate de acestea, cercetarea menționată este stringentă.

NICE are o abordare fundamental biopsihosocială a depresiei, având în vedere complexitatea interacțiunilor dintre aceste variate domenii. Această carte ia de asemenea în calcul psihologia depresiei și tratamentul său psihologic printr-o abordare biopsihologică. O astfel de abordare ne ajută la înțelegerea naturii interacțiunilor complexe care se produc în cazul depresiei și, pe măsură ce cercetarea noastră devine mai integratoare și interdisciplinară, învățăm tot mai mult din aceste procese. Date fiind aceste evoluții, incluzând propriile cercetări asupra rușinii și a terapiei centrate pe compasiune, m-am confruntat cu o alegere dificilă în privința acestei a treia ediții. Ar trebui să păstrez modelul celor două ediții anterioare, făcând doar o actualizare, sau să o rescriu complet, din perspectiva noilor date și teorii? În scurt timp am ajuns la concluzia că trebuie să aleg cea de-a doua cale. Era o provocare incitantă, însă știam

că aveau să urmeze multe luni cu programul de lucru începând la ora 5 dimineaţa şi multe lucrări şi cărţi de lecturat! Chiar şi aşa, cunoaşterea mea încă are lipsuri şi îmi cer iertare pentru aceste deficienţe. Sage (editorul) a dat dovadă de răbdare şi m-a încurajat, în ciuda întârzierii mele de un an în definitivarea acestei lucrări.

În prezent, sunt destule cărţi bune pe piaţă ce conţin noţiuni elementare în consiliere, deşi majoritatea lor nu prea insistă asupra proceselor care stau la baza depresiei, cel puţin nu dintr-un punct de vedere biopsihosocial. Cu toate acestea, tocmai înţelegerea unor asemenea procese ne ajută într-adevăr în cadrul terapiilor stabilite şi pentru a dezvolta altele, îmbunătăţite. Din punctul meu de vedere, aceste procese implică încercarea de a înţelege câte ceva din evoluţia noastră, căutând indicii despre natura cauzelor şi a factorilor care duc la depresie. Doresc să împărtăşesc aceste idei din moment ce propria mea abordare terapeutică a fost realizată dintr-o perspectivă evoluţionistă. De asemenea, mulţi dintre psihologii stagiari şi alte persoane cărora le-am predat de-a lungul anilor, îndeosebi în privinţa terapiilor axate pe compasiune, m-au întrebat dacă am de gând să scriu câte ceva despre modelele evoluţioniste şi să expun mai clar principiile intervenţiilor mele terapeutice. Ideea că noi, oamenii, avem nevoie din punct de vedere emoţional de legături sociale şi de siguranţă socială şi faptul că depresia îşi poate face apariţia dacă acestea sunt întrerupte par să se fi pliat pe perspectiva generală. Era vorba de o altă încercare şi am luat legătura cu editura în această privinţă. M-au susţinut şi au fost de acord, aşa încât m-am pus pe treabă.

Veţi constata cu toate acestea că volumul a fost redenumit acum *Depresia. Psihoterapie şi consiliere*, astfel încât nu e vorba doar despre consiliere. Aceasta pentru că lucrarea se referă îndeosebi la intervenţiile de natură psihologică. Distincţia dintre consiliere şi psihoterapie rămâne în continuare oarecum neclară. Însă doresc să arăt că cei care au adoptat o anumită etichetă vor găsi utile câteva dintre ideile de aici. Veţi observa aşadar că folosesc denumirile de „consilier" şi „terapeut" cu acelaşi sens.

Această a treia ediţie oferă mult mai multe explicaţii în privinţa modelelor evoluţioniste şi a faptului că depresia este pusă în legătură cu sistemele evoluate de autoprotecţie. O astfel de concepţie asupra depresiei are implicaţii semnificative în privinţa orientării personale în cadrul terapiei. În ultimii 20 de ani am aflat foarte multe în privinţa naturii ruşinii în tulburările afective şi a fenomenului asociat acesteia în mod obişnuit, autocritica. Astfel, prezenta ediţie acoperă aceste teme într-o formă mult mai detaliată decât ediţiile anterioare. Într-adevăr, ceea ce a

stimulat în urmă cu aproape 12 ani dezvoltarea terapiei centrate pe compasiune a fost studiul ruşinii şi al autocriticii. Tocmai de aceea mi-a fost cu neputinţă realizarea acestei a treia ediţii fără a prezenta istoria şi evoluţia respectivei terapii. Aceasta reprezintă aşadar prima carte care se referă în mod concret la terapia pentru depresie centrată pe compasiune.

Această carte urmează în principiu structura ediţiilor anterioare, cu prima parte axată pe teorie (capitolele 1-6), iar cea de-a doua (capitolele 7-15), pe aplicaţiile practice şi pe procesul terapeutic. La fel ca în cazul ediţiilor anterioare, acest volum nu urmăreşte iniţierea în fundamentele consilierii sau ale deprinderilor legate de psihoterapie, ci este destinat acelora care au deja aceste abilităţi sau le dobândesc în cadrul unei pregătiri de specialitate. „Cazurile" dezbătute aici sunt bazate pe experienţa mea clinică din ultimii 30 şi ceva de ani (ce repede a trecut timpul!) şi, pentru a evita identificarea, nu privesc doar câte o persoană, ci sunt combinaţii, amestecuri, iar unele sunt „inventate" pentru a ilustra anumite idei. Multe dintre cazurile pe care le-am utilizat în prima ediţie sunt valabile şi acum şi nu am făcut decât să le actualizez sau am menţionat ce anume aş face altfel în prezent.

Am încercat pe cât posibil să aduc la zi această ediţie şi sper că vă va oferi o serie de idei despre cum ar trebui privită depresia şi cum anume putem să-i ajutăm pe cei deprimaţi. Ştim cu toţii cât de multă suferinţă este astăzi în lume, aceasta fiind parţial legată de sentimentele de alienare, izolare şi eşec ale indivizilor. Numeroase forme de psihoterapie ne pot furniza informaţii în legătură cu aceste procese şi cu modul cum ar trebui să acţionăm în cazul lor. Atunci când am scris cartea mi-am întărit convingerea că este nevoie urgentă de o cercetare ştiinţifică asupra compasiunii şi că ea ne-ar putea ajuta să ne orientăm în aceste probleme.

Paul Gilbert
august 2006

BCU IASI/CENTRU UNIVERSITAR

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Mulțumiri

Ediția întâi

Doresc să adresez mulţumiri în mod deosebit editorului colecţiei*, profesorul W. Dryden, pentru că mi-a solicitat să fac această încercare şi pentru încurajările sale din perioada de redactare. Sfatul său a fost, ca întotdeauna, unul nepreţuit. A lucrat cu acribie pe text, a încercat să mă scoată din întuneric şi să mă facă să mă îndrept către o teorie evoluţionistă. Îi mulţumesc şi dr. C. Gillespie pentru susţinerea şi sfaturile date, precum şi pentru comentariile sale asupra diferitelor capitole. De asemenea, le mulţumesc şi lui Susan Worsey şi Sue Ashton, care au citit cu mare atenţie textul. Mă simt îndatorat faţă de multitudinea de clienţi care, de-a lungul anilor, mi-au împărtăşit din experienţele lor depresive şi mi-au dat posibilitatea să învăţ de la ei. Ei au fost cei mai buni profesori. Îi datorez recunoştinţa mea şi lui Nell Hadlow, care m-a ajutat să corectez manuscrisul şi să-l aduc la o formă publicabilă. Le mulţumesc de asemenea lui Joyce Chantrill şi lui Pat Gibbins.

Ediția a doua

Southern Derbyshire Mental Health Trust şi University of Derby şi-au arătat susţinerea pentru înfiinţarea Centrului de Cercetare a Sănătăţii Mentale, care ne-a ajutat în cercetarea pe care am întreprins-o în privinţa depresiei. Le mulţumesc foarte mult, îndeosebi lui Dawn Forman (decan al secţiei Health & Community Studies) şi lui Dorothy Lane, directoarea departamentului de îngrijire şi resurse umane (SDMHT). Îi sunt de

---

* Volumul a fost publicat de editura Sage în colecţia „Counselling in practice" (n. r.).

BUCHAREST UNIVERSITY LIBRARY

asemenea recunoscător Dianei Woollands pentru munca sa de secretariat avizată, eficientă şi susţinută. Şi, ca de obicei, îmi exprim toată dragostea şi gratitudinea faţă de familia mea şi faţă de pacienţii de la care învăţ în continuare.

Ediţia a treia

De la publicarea celei de-a doua ediţii, Centrul de Cercetare a Sănătăţii Mentale a prosperat mulţumită susţinerii permanente din partea Derbyshire Mental Health Trust şi a University of Derby. Îi mulţumesc în mod deosebit vechiului meu prieten Chris Gillespie, şeful secţiei de psihologie (acum pensionat, din păcate pentru noi, nu însă şi pentru el). Le sunt de asemenea recunoscător pentru încurajări şi susţinere lui John Sykes, Keith Wilshere (Derbyshire Mental Health Trust) şi Paul Weller (University of Derby). O parte din activitatea noastră de cercetare a fost susţinută de conducerea National Health System, ceea ce a fost de foarte mare ajutor. Doresc să-i mulţumesc în mod deosebit colegului meu Thomas Schroder, şeful secţiei de pregătire în domeniul psihologiei clinice din Nottingham, pentru sprijinul său, pentru abordările pătrunzătoare în privinţa psihodinamicii şi pentru colaborarea la cercetările asupra ruşinii.

Suntem norocoşi să avem parte de cercetători excelenţi la Centrul de Cercetări, inclusiv studenţi de la University of Aston, precum Rakhee Bhundia, Rachel Christie, Alison Mills şi Rebecca Bellew, care s-au dovedit entuziaşti şi sârguincioşi în căutarea datelor în literatura de specialitate. Le mulţumesc în mod deosebit lui Leigh Franks şi Annei Richter pentru ajutorul dat în obţinerea materialelor şi verificarea trimiterilor bibliografice. În ultimii ani ne-am bucurat de prezenţa lui Helen Rockliff, care a adus cu sine entuziasmul şi interesul în studierea aspectelor psihologice ale intervenţiilor centrate pe compasiune. Am fost binecuvântaţi să avem doi coordonatori ştiinţifici excelenţi. Primul dintre aceştia, Lesley Legg, a fost un coleg extraordinar şi a participat la fondarea, în 1996, a Centrului de Cercetări ; el s-a mutat însă în ţinuturile mai însorite ale Australiei şi îi ducem dorul. Cu toate acestea, am fost norocoşi să găsim un nou coordonator ştiinţific în persoana Corinnei Gale. Este o bucurie să lucrezi cu o asemenea persoană prietenoasă, devotată, muncitoare şi foarte motivată în activitatea depusă.

Numeroşi colegi care au adoptat terapia centrată pe compasiune şi-au oferit propriile perspective, susţinerea şi încurajările. Robert Leahy, un

inovator de primă mână în domeniul abordărilor cognitive, stabilit în New York, care îmi este un bun prieten şi îndrumător, mi-a împărtăşit din vastele sale cunoştinţe. Meinrad Perrez, cel care mi-a oferit de nenumărate ori ocazia de a preda în Elveţia, este de asemenea un bun prieten şi o sursă de inspiraţie cu cercetările sale privitoare la familie. De la noi, o menţiune specială îi revine lui Ken Goss, un fost stagiar, care acum conduce un serviciu specializat pe tulburări de nutriţie şi care dezvoltă terapia centrată pe compasiune pentru cei cu acest tip de problemă, precum şi lui Deborah Lee, de la Oxford şi de la University College din Londra, cea care a aplicat terapia centrată pe compasiune persoanelor afectate de stresul posttraumatic şi care mi-a furnizat multe idei noi. Mary Welford din Manchester şi-a oferit sprijinul timp de 15 ani în privinţa cercetărilor legate de ruşine şi de compasiune. Ea a înlesnit organizarea multor ateliere şi mese rotunde şi de aceea îi sunt recunoscător în mod deosebit. Michelle Cree dezvoltă terapia centrată pe compasiune în cazul femeilor cu depresie postnatală şi a obţinut câteva progrese şi rezultate semnificative. Am condus împreună primele şedinţe de terapie de grup centrată pe compasiune în ambulatoriul spitalului de chirurgie ambulatorie local, iar aceşti clienţi au primit sprijin din partea lui Brendan Butler şi Sue Proctor. Sue a fost şi coterapeut pentru acest grup şi a folosit terapia centrată pe compasiune. Sophie Mayhew a testat terapia centrată pe compasiune în cazul persoanelor cu tulburări paranoide şi psihotice. Gwyn Higginson a testat terapia centrată pe compasiune în cazul persoanelor care prezintă un sentiment de ruşine asociat cu un stadiu incipient de demenţă. Lor şi celorlalte persoane care formează grupul de sprijin Compassionate Mind le sunt recunoscător.

Cu aceeaşi afecţiune şi îndatorare doresc să-i mulţumesc şi lui Chris Irons, fostul meu doctorand şi cercetător în domeniul psihologiei, care s-a pregătit în domeniul psihologiei clinice şi ni s-a alăturat în această calitate. Cercetările lui Chris asupra relaţiilor dintre ierarhie şi ataşament, dar şi asupra procesului compasiunii sunt foarte profunde. Numeroasele discuţii pe care le-am purtat m-au ajutat să-mi clarific punctele de vedere în privinţa intervenţiilor centrate pe compasiune. Sunt nerăbdător să continui colaborarea cu el şi în anii care urmează.

Îi sunt de asemenea foarte recunoscător şi Dianei Woollands, cea care a avut grijă de noi şi de Centru timp de opt ani în calitate de secretară şi care a făcut ca totul „să meargă strună". Îi mulţumesc în mod deosebit pentru sprijinul, atenţia şi capacitatea de a face mai multe lucruri în acelaşi timp!

Ca întotdeauna, sprijinul familiei este crucial; de aceea îi mulţumesc nespus soţiei mele Jean pentru răbdarea cu care mi-a suportat luni întregi toate trezirile matinale! Îi sunt recunoscător pentru că m-a salvat de nenumărate ori cu câte un vin roşu şi o masă excelentă. Fiica mea, Hannah, este antropolog şi a adus noi contribuţii în studiul ruşinii; întotdeauna mi-a făcut plăcere să o văd venind de la universitate acasă. Şi James „a părăsit cuibul" şi ia în calcul varianta unei specializări postuniversitare. Nu sunt încă prea bătrân pentru a mai juca cricket în echipa spitalului din localitate şi a fost un lucru extraordinar să pot juca alături de James.

În sfârşit, dar nu în cele din urmă, trebuie să mulţumesc tuturor celor care suferă de depresie pentru că mi-au dezvăluit câteva dintre părţile lor sumbre. M-au ajutat nu doar să înţeleg unele dintre aceste patternuri care îşi fac apariţia în minţile noastre, ci şi să găsesc soluţiile pentru a-i putea ajuta. Atunci când le cer părerea în privinţa modului în care aş putea să îmbunătăţesc această terapie sau cum aş fi putut să-i ajut mai bine, sunt mai mult decât încântaţi să vină cu soluţii şi să-mi împărtăşească ideile lor fascinante. Grupul pe care l-am întâlnit la spital în prima zi s-a oferit voluntar ca grup de studiu în privinţa compasiunii în cadrul unui proiect de cercetare. În ciuda propriilor depresii şi nelinişti, şi-au unit forţele mergând mai departe cu asiduitate şi au înţeles într-adevăr ce înseamnă să dai dovadă de compasiune faţă de sine. După cum a afirmat ulterior o doamnă, „nu am ştiut niciodată că am această putere interioară şi că e în regulă să fii bun cu tine însuţi". Tuturor, aşadar, le adresez mulţumirile mele şi sper ca prin această carte experienţele şi perspectivele voastre să fie de folos pentru a-i ajuta pe alţii.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PARTEA I

Înțelegerea naturii depresiei din perspectivă biopsihosocială

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 1

Depresia. Noțiuni de bază

Depresia reprezintă o problemă foarte veche

Depresia reprezintă un fenomen foarte ciudat – nu numai că poate determina apariţia unor stări de spirit extrem de neplăcute, ne poate submina capacitatea de a ne îndeplini sarcinile zilnice şi de a lupta împotriva diferitelor infecţii şi a altor tipuri de boli, ci poate să-i şi determine pe oameni să dorească să se sinucidă. Unde să ne începem aşadar călătoria spre originile depresiei? Este ea veche de mai multe milioane de ani sau a apărut recent? Depresia apare şi la alte specii? Părerile sunt împărţite în legătură cu felul cum animalele „îşi percep şi înţeleg lumile" şi dacă trăirile acestora sunt similare cu ale noastre. În realitate, multe dintre specii par a indica faptul că manifestările şi sistemele de emoţii pozitive se pot diminua şi pot capătă o înfăţişare depresivă îndeosebi în urma unor pericole şi probleme peste care nu pot trece. Mai mult decât atât, atunci când trec prin anumite traume, indivizii din numeroase specii pot prezenta modificări importante de natură fizică, ce le reduc în mod semnificativ şansele de supravieţuire şi uneori aceştia pot efectiv să se ghemuiască, să se blocheze şi să moară. Prin urmare, consider că animalele pot suferi şi suferă într-adevăr de stări asemănătoare depresiei.

Acest fapt ridică o problemă de care am fost fascinat încă de când mi-am început doctoratul, în 1975: de ce, după sute de milioane de ani de evoluţie şi la atâtea specii, sunt posibile stările

asemănătoare depresiei? Este vorba de o selecție pozitivă – până într-acolo încât animalele care nu dispun de un mecanism depresiv să fie dezavantajate într-o oarecare măsură (Keller și Nesse, 2006; Wilson, 1998)? Dacă am avea răspunsul la aceste întrebări, ar putea acesta să ne dea indicii în privința depresiei? Ar putea acest fapt influența modul în care privim depresiile – boli, deficiențe sau adaptări? (Gilbert, 2001a, 2001b; McGuire și Troisi, 1998a; Nesse și Jackson, 2006; Nesse și Williams, 1995; Wilson, 1998). Faptul de a lua în calcul aceste întrebări ne-ar putea schimba, cred, concepția asupra depresiei, pentru că, așa cum vom vedea în capitolele următoare, capacitatea de a manifesta anumite simptome ale depresiei pare să nu fie un rezultat al evoluției, drept modalități primare de a face față anumitor tipuri de pericole.

Aceasta înseamnă că depresia ține de adaptare? Ei bine, în mare parte depinde de modul în care definim adaptarea. Dacă prin acest lucru înțelegem moștenirea genetică, totuși nimeni nu știe cu certitudine cum anume influențează depresia nivelul de multiplicare a genelor. Dacă ne referim la adaptare în cazul unui individ pe parcursul vieții sale, atunci vom spune că deși anumite persoane se schimbă și se maturizează, trecând printr-o depresie (Gut, 1989), pentru alții depresia nu pare a fi de mare ajutor. Mai este aici și o altă problemă interesantă. Este posibil ca un proces adaptiv evoluat (apariția depresiei și blocarea în fața unui stres copleșitor) și un alt set de abilități adaptive evoluate (legate de capacitatea de a gândi, a imagina, a planifica și a conștientiza sinele și identitatea de sine) să interacționeze într-un asemenea mod încât să accentueze depresia, făcând în anumite privințe condiția umană mai dificilă și, posibil, extrem de *mal*adaptivă? Or, dacă luăm în considerare alt proces, este oare posibil ca nevoile noastre de primate și îndeosebi de oameni, extrem de dezvoltate (comparativ cu cele ale altor animale), de dragoste și de afecțiune să aibă ca preț faptul că în mediile ostile din punct de vedere social vulnerabilitățile noastre față de depresie sunt foarte sporite? Voi răspunde afirmativ la ambele. Astfel că putem studia mecanismele

adaptive evoluate ce stau la baza depresiei, care îndeplinesc diferite funcţii protectoare, dar putem şi considera că, în minţile oamenilor şi în contextele sociale şi ecologice umane, aceste mecanisme fundamentale defensive şi protectoare pot ajunge să acţioneze în mod maladaptiv. Acest lucru se produce întrucât există numeroase căi prin care se poate stabili feedbackul disfuncţional astfel încât să accentueze şi să amplifice stările de depresie.

Ştim că depresia ne-a chinuit minţile încă de la începuturile istoriei. Cu mai bine de 2 000 de ani în urmă, medicul grec Hipocrat a etichetat-o drept melancolie. Grecii considerau că depresia provine dintr-o tulburare a umorilor corpului, mai exact de umoarea neagră. Mărturii timpurii legate de depresie pot fi întâlnite în numeroase texte biblice. Se crede că regele Solomon suferea de un „spirit malefic" şi avea momente acute de proastă dispoziţie. Cartea lui Iov, în care regăsim credinţa că Dumnezeu îl pedepsea pe acesta în mod intenţionat, este privită de unii ca o lucrare a unei persoane deprimate. Printre personalităţile din istorie care au suferit de depresie se numără compozitori (Gustav Mahler, Ceaikovski, Sibelius), politicieni (Abraham Lincoln, Winston Churchill) şi numeroşi scriitori, artişti şi poeţi (Edgar Allen Poe, Thomas Mann). Mai recent, Lewis Wolpert, un binecunoscut profesor de biologie, a scris despre propria depresie, despre eforturile depuse pentru a o înţelege şi a realizat un serial documentar excelent la BBC despre acesta (Wolpert, 1999). Deşi depresia este încă stigmatizată, un număr din ce în ce mai mare de celebrităţi recunosc că au probleme în această privinţă şi împărtăşesc ceea ce întreprind pentru a se ajuta singuri. Orice am spune despre depresie, totuşi aceasta ne-a însoţit o perioadă foarte lungă de timp, este un fapt comun, poate fi profund vătămătoare şi poate chiar pune viaţa în pericol. Într-adevăr, ea nu este nici măcar specifică oamenilor, iar numeroasele tipuri de depresie la animale au fost descoperite şi studiate.

Volumul de față

Scopul acestei lucrări este de a ajuta persoanele cu depresie prin intermediul intervențiilor psihologice realizate în contextul unor relații de sprijin și înțelegere. Cu toate acestea, chiar dacă ne axăm în mod deosebit pe intervențiile psihologice pentru depresie, este important să înțelegem depresia sub raportul interacțiunilor dintre procesele biologice, sociale și psihologice. Perspectiva noastră asupra depresiei trebuie să aibă o fundamentare științifică și să nu fie pur și simplu construită prin prisma unei singure teorii (acestea fiind deja prea numeroase; Power, 2004). Astfel, prima parte a acestei cărți se referă la problemele care țin de conceptualizarea stărilor și a factorilor lor naturali de reglare – precum relațiile sociale și controlul asupra scopurilor personale. Una dintre abordările pe care le vom studia aici este aceea că depresia este legată de vechile strategii de protecție produse de evoluție (pentru face față înfrângerilor și pierderilor la nivel interpersonal) care dau prioritate sistemelor de răspuns la pericol și diminuează efectele a *două* tipuri diferite de sisteme de emoții pozitive: motivație/pulsiune și satisfacție/liniște. Patternurile depresive apar prin interacțiunea acestor sisteme. Aceste patternuri pot fi acționate pe diverse căi în creierul nostru și în maniere invalidante. Sensibilitățile ereditare sau cele dobândite timpuriu se pot combina cu evenimentele majore ale vieții, astfel încât copleșesc eforturile noastre de adaptare (Caspi și Moffitt, 2006); sau noile adaptări ale minții noastre, care ne permit să avem metacogniții, conștiință de sine și să dezvoltăm identități personale, se pot concentra și pot spori sentimentele de respingere sau de pierdere (Beck, 1987; Gilbert, 1984, 1992).

The National Institute for Clinical Excellence (NICE) a publicat un amplu raport asupra depresiei și a eficienței diferitelor terapii în 2004. După cum se menționează aici, există dovezi tot mai numeroase că o serie întreagă de intervenții *destinate* depresiei și problemele specifice acesteia sunt eficiente, îndeosebi cele care sunt de

ajutor în privința comportamentelor de evitare, a modalităților de autopercepție și de a vedea lumea și viitorul, a modalităților de a trata emoțiile, precum și a căilor de a se adapta relațiilor și altor tipuri de probleme. NICE se pronunță în favoarea unei mai mari atenții ce trebuie acordată factorilor nespecifici, precum relațiile terapeutice. Astfel, partea a doua va aborda câțiva dintre aceștia. În plus, vom analiza importanța relațiilor terapeutice și a rolurilor compasiunii terapeutului și a compasiunii față de sine ca mijloace de reactivare a sistemelor afective pozitive. Ultimele capitole ale cărții cercetează idei de lucru cu teme fundamentale, precum autocritica, rușinea, nevoia de recunoaștere, furia și invidia.

Natura depresiei

Depresia ne afectează pe diverse căi, iar simptomele sunt răspândite în diferite domenii ale funcționării umane, printre care se numără :

- *nivelul motivațional*: apatie, lipsă de energie și de interes. Lucrurile par lipsite de sens, iar viitorul – fără speranță;
- *nivelul emoțional*: capacitatea de a manifesta diferite tipuri de emoții pozitive este redusă, iar o persoană cu o depresie moderată înspre severă poate fi anhedonică – ceea ce înseamnă că îi lipsește capacitatea de a simți orice plăcere. Persoanele deprimate pot face afirmația că se simt „golite". Cu toatea acestea, trăirile negative pot spori și se pot înregistra creșteri ale sentimentelor de furie sau resentiment, anxietate, rușine, invidie și vină;
- *nivelul cognitiv*: funcția cognitivă se poate deteriora, iar persoana poate avea probleme legate de menținerea atenției și a concentrării. Memoria poate fi de asemenea afectată, iar uneori într-atât încât oamenii ajung să își pună întrebarea dacă nu cumva au ajuns la stadiul de demență. Conținul cognitiv – direcția gândurilor și a uminațiilor – devine negativ: idei negative despre sine, despre lume și despre viitor;
- *nivelul comportamental*: persoanele deprimate nu se implică în comportamente pe care în trecut le considerau agreabile și

plăcute. Ei se pot retrage din activitățile sociale, pot înceta să iasă împreună cu prietenii sau să se întâlnească cu aceştia ori să caute ajutor din partea celorlalți. Anumite persoane deprimate, pe de altă parte, pot deveni mai solicitante şi se agață de ceilalți căutând cu disperare pe cineva care să-i încurajeze. În situații mai severe, indivizii pot suferi de agitație psihomotorie, de neliniște, de retard;

- *nivelul biologic*: persoanele deprimate pot avea probleme cu somnul: trezitul prea devreme sau somnul prea uşor. Ele îşi pot pierde apetitul şi interesul pentru sex. Intervin, în cazul depresiei, multe schimbări fiziologice, îndeosebi în ce priveşte hormonii de stres (de exemplu: hidrocortizonul) şi neurotransmițătorii importanți, precum serotonina şi noradrenalina.

Simptomul principal al depresiei este *anhedonismul*. Anhedonia are diferite semnificații. Se poate referi la *pierderea interesului* şi a motivației sau poate indica faptul că oamenii ar putea fi motivați/interesați să facă anumite lucruri, dar nu simt nici o plăcere. De exemplu, *ar vrea* să se bucure de sex din nou şi de gustul mâncării, însă atunci când se implică în aceste activități nu regăsesc sentimentele de bucurie (vezi Gilbert, 2004). Se pot întâlni în mod obişnuit în cazul unei depresii numeroase alte probleme de natură emoțională, îndeosebi cele legate de anxietate sau de furia neexprimată. Pe de altă parte, cercetarea sugerează faptul că atât emoțiile pozitive, cât şi cele negative se pot atenua în cazul depresiei (Rottenberg şi Gottlib, 2004). Structura exactă şi patternurile emoționale variază de la o persoană la alta.

Tipuri de depresie

Depresiile diferă în funcție de numărul, gradul şi severitatea relativă a acestor simptome, durata şi frecvența lor. Astfel că şi indivizii sunt afectați în mod diferit, dacă depresia este uşoară, moderată sau severă, aceasta putând înregistra un singur episod sau mai multe. Depresia poate fi problema principală sau primară, însă

poate fi de asemenea asociată cu alte tulburări importante, precum anxietatea socială, tulburările de alimentaţie, abuzul de substanţe şi schizofrenia. Depresia poate fi declanşată de evenimente din viaţa cotidiană (de exemplu, poate fi consecinţa unei naşteri sau a ruperii unei relaţii), iar evenimentele vieţii pot fi de asemenea implicate în recuperare (de exemplu, începerea unei relaţii ; Brown, 1989). Depresia poate avea un debut abrupt (pe parcursul câtorva zile sau săptămâni) sau poate surveni treptat (timp de luni sau ani). Poate fi cronică, cu o durată de peste doi ani, sau de scurtă durată, recuperarea intervenind pe parcursul a câteva săptâmâni sau luni. Unele depresii pot prezenta de asemenea patternuri ciclice.

Clasificarea curentă ICD-10 în privinţa depresiei a fost elaborată de Organizaţia Mondială a Sănătăţii (Paykel, 1989). Acest sistem face distincţia între diferite tipuri de depresie :

1. tulburare afectivă bipolară: episod actual de manie, hipomanie, depresie sau combinat;
2. episod depresiv: uşor (a) fără simptome somatice, (b) cu simptome somatice; moderat (a) fără simptome somatice, (b) cu simptome somatice; sever (a) fără simptome psihotice, (b) cu simptome psihotice. Simptomele psihotice pot fi adecvate stării (delir de sărăcie sau de vină) şi inadecvate stării (de exemplu, paranoia);
3. tulburare recurentă depresivă: episod curent de tulburare depresivă;
4. tulburarea persistentă afectivă: (a) ciclotimie, (b) distimie;
5. alte tulburări afective: specificate/nespecificate.

Depresia poate fi privită ca o schimbare de dimensiune, de la nefericirea sau suferinţa obişnuită sau ca o stare complet diferită din punct de vedere categorial sau calitativ, ajungându-se la o stare de nefericire severă. Dezbaterile pe această temă sunt actuale întrebări legate de mecanismele subiacente implicate în procesele care produc schimbări în stările creierului (Gilbert, 2004). Depresiile nevrotice şi unipolare pot fi legate de variaţiile dimensionale sau de starea de spirit, în timp ce tulburarea afectivă bipolară şi simptomele psihotice sunt variante mai radicale. Această carte se axează în mod deosebit pe depresiile unipolare nonpsihotice.

Există din ce în ce mai multe dovezi legate de apariția unor forme de depresie numite sezoniere, cercetările actuale sugerând că pot exista mai multe tipuri de depresii sezoniere, iar unele dintre acestea au legătură cu tulburarea bipolară. Depresia sezonieră prezintă simptome atipice, care includ un debut sezonier (de obicei toamna și iarna) și o atenuare în perioada de primăvară și vară. Starea de depresie este asociată cu o poftă de mâncare sporită, îndeosebi pentru carbohidrați, cu creștere în greutate și o *somnolență crescută*. Aceasta este o diferență importantă, întrucât expunerea la lumina puternică s-a dovedit a fi un tratament rapid, promițător și eficient al acestei stări fizice (Dalgleish, Rosen și Marks, 1996; Kasper și Rosenthal, 1989).

Abordări evoluționiste și funcționale: abordările medicale ale clasificărilor rămân strâns legate de studiile simptomelor. Cu toate acestea, abordările evoluționiste debutează cu încercarea de a înțelege funcțiile simptomelor și ale mecanismelor defensive subiacente care au fost activate (Nesse și Williams, 1995). Gilbert (1984, 1992) a sugerat că anumite depresii sunt legate de tulburarea de atașament și pot activa strategia defensivă de protest/disperare (Bowlby, 1969, 1980), în timp ce înfrângerile competitive inițiază o strategie defensivă pentru a face față conflictelor interpersonale și ostilității altora. Mai recent, Keller și Nesse (2005, 2006) au descoperit că plânsul, supărarea și căutarea suportului social sunt legate de pierderi la nivel interpersonal, în timp ce anhedonismul, oboseala, vinovăția, pesimismul și ruminația sunt puse în legătură cu eforturile eșuate de a atinge anumite obiective. Gilbert, Allan, Brough, Melley și Miles (2002) au descoperit că sentimentele de înfrângere erau strâns legate de anhedonism. Vom studia în capitolele 5 și 6 ideea că diferitele forme de depresie sunt legate de diferite interacțiuni dintre persoană și mediu. Un fapt care complică lucrurile este că există doar câteva sisteme afective fundamentale, astfel că însuși modul în care sunt categorizate în diferite stări este problematic – chestiune analizată în capitolul 2.

Evaluarea depresiei

Există multe căi de a evalua depresia şi, după cum am văzut anterior, ea poate fi împărţită în diferite tipuri (vezi Nezu, Nezu, McClure şi Zwick, 2002 pentru o privire de ansamblu). În afară de evaluarea simptomelor, aceasta se va axa adesea pe zonele fundamentale enumerate mai jos.

Evaluarea psihologică

1. Ce anume crede sau simte clientul despre el însuşi/despre ea însăşi? Foarte importante sunt maniera de atribuire (tendința de autoînvinovățire), ruşinea şi comparația socială (sentimentele de a fi mai puțin capabil sau mai puțin competent decât alții sau diferit într-o anumită privință).
2. Ce crede sau simte clientul în legătură cu viitorul?
3. În ce măsură anumite tipuri de comportament, precum evitarea sau ruminațiile, contribuie la depresie?
4. Care sunt circumstanțele vieții obişnuite ale clientului? Se simte înfrânt în privința scopurilor în viață?
5. De cât timp e clientul deprimat?
6. Reprezintă depresia o schimbare în starea sa normală sau o accentuare a unei stări negative cronice?
7. Este vorba despre o pierdere a satisfacției în privința unor activități care anterior aduceau bucurie (de exemplu, sex, întâlniri cu prietenii, ieşiri în oraş)?
8. Clientul îşi percepe depresia dintr-o perspectivă psihologică şi/sau relațională sau este încredințat că e vorba despre o boală fizică? Existența unor convingeri puternice legate de o boală fizică poate face consilierea dificilă.
9. Cât de încătuşat se simte clientul şi ce consideră în această privință (evaluarea riscului de a-şi face singur rău)?
10. Cum îşi percep clienții resursele de adaptare? Ce surse externe de ajutor există şi cum ar putea fi acestea utilizate în consiliere?

Evaluarea socială

1. Există evenimente majore în viață sau supărări care ar fi putut declanșa depresia, accentuând-o sau menținând-o?
2. Care sunt percepțiile clienților asupra relațiilor sociale? Au existat pierderi majore? Mediul familial este agresiv sau îl neglijează? Există conflicte cu membrii familiei – părinți, rude prin alianță, soți/parteneri sau copii? Are clientul sentimentul de ostilitate față de ceilalți (și pe care nu-l pot exprima sau rezolva), de situație fără ieșire și/sau sentimente de dezamăgire?
3. Care sunt sursele sociale de sprijin, prieteni și relații de familie? Poate clientul să le folosească dacă are nevoie sau a încetat treptat contactul social?
4. Are vreun rol mediul social nestimulativ și marginalizator din punct de vedere social (de exemplu, tinerele mame care se luptă să facă față copiilor în lipsa unui adult care să le împărtășească interesele)?
5. Există probleme practice majore care să necesite alte mijloace de sprijin (de exemplu, asistență socială pentru probleme de acomodare sau sfaturi pentru probleme de natură financiară ori pentru căutarea unui serviciu)? Problemele practice pot fi trecute uneori cu vederea.
6. Problemele lor țin de serviciu (de exemplu, lipsa locului de muncă sau hărțuirea la locul de muncă)?

Evaluarea biologică

1. Există tulburări ale somnului (treziri dimineața devreme, treziri după o perioadă scurtă de somn și/sau dificultăți de a adormi)?
2. Există schimbări majore în privința poftei de mâncare și a greutății?
3. Cât de grave sunt oboseala și lipsa de energie?
4. Schimbările psihomotorii trebuie luate în calcul, îndeosebi agitația și retardul psihomotor. Dacă un client prezintă retard psihomotor și îi este greu să se concentreze, acest lucru poate stânjeni consilierea. Retardul psihomotor sever și concentrarea scăzută pot fi un indicator simptomatic redus în anumite tipuri de consiliere.

5. Poate administrarea de medicamente antidepresive să rupă un pattern depresiv? Cele mai recente studii sugerează că antidepresivele nu influenţează consilierea şi sunt indicate dacă depresia este severă. National Institute for Clinical Excellence (2004) nu recomandă antidepresivele în cazul unor depresii uşoare.

Există numeroase cazuri de tulburări fizice, inclusiv tulburări tiroidiene şi diabet incipient, care pot genera stări de oboseală şi de uşoară depresie. Iată de ce toate cazurile ar trebui examinate din punct de vedere medical, îndeosebi dacă oboseala este un simptom major. Se ştie că tulburările de somn pot fi o problemă majoră în caz de depresie şi sunt puse în legătură cu oboseala şi cu tendinţele suicidare (Cukrowicz *et al.*, 2006).

Măsuri

Cea mai des utilizată, studiată şi completă scală pentru depresie este Inventarul de Depresie Beck (Beck Depression Inventory; Beck, Rush, Shaw şi Emery, 1979). Acestă scală nu numai că îi permite terapeutului să-şi formeze o imagine generală asupra patternurilor simptomelor, ci poate fi folosită şi pentru a monitoriza procesul de recuperare. Unii terapeuţi îşi petrec timpul discutând răspunsurile la inventar împreună cu clienţii (Beck, *et al.* 1979). Terapeutul poate apoi să întrebe care dintre simptome este cel mai deranjant, cu scopul de a reveni asupra lor la sfârşitul sesiunii şi încercând să le rezolve prin anumite intervenţii specifice. Cu toate acestea, aveţi grijă, pentru că scala are drepturi de autor. Alternativele includ scala de depresie, anxietate şi stres (Lovibond şi Lovibond, 1985). Alte măsuri utilizează scalele clinice de clasificare şi diferite feluri de interviuri. O bună privire de ansamblu referitoare la instrumentele de măsurare a depresiei poate fi obţinută la Berndt (1990), Ferguson şi Tyler (1989), Katz, Shaw, Vallis şi Kaiser (1995), Nezu, Nezu, McLure şi Zwick (2002) şi Peck (2004).

După cum am remarcat, terapeuții sunt interesați și de alte afecte (emoții) generate de depresie. În anumite cazuri poate fi vorba despre anxietate. Diferite tulburări anxioase se pot agrava adesea atunci când clientul este deprimat. În unele cazuri tratarea anxietății elimină depresia. În alte cazuri, tratarea anxietății ameliorează depresia. Alte afecte pot include ostilitatea puternică sau furia neexprimată, pasivă (acest fapt este adesea remarcat din comportamentul nonverbal al clientului), invidia, vinovăția și rușinea. Există anumite indicații în literatura de specialitate că bărbații tind să fie mai agresivi/iritabili, cel puțin în etapele inițiale ale drepresiei.

Riscul

Este important în cazul oricărei depresii să se estimeze riscurile care decurg din aceasta. Riscurile pot fi de multe feluri: cei vizați evită munca și riscă să-și piardă serviciul sau întâmpină dificultăți în relațiile care îi expun la riscul de a le pierde sau de a fi neglijați sau agresivi (de exemplu, față de copii). În anumite cazuri, indivizii pot fi neglijenți față de ei înșiși, nefiind capabili să îndeplinească nici cele mai simple sarcini de îngrijire personală. Un pericol important este, bineînțeles, acela că își pot face singuri rău. Acest fapt poate fi pus în legătură cu forme de autorănire și de automutilare (fără intenția de a muri) utilizate ca o formă de reglator emoțional (Babiker și Arnold, 1997). Cu toate acestea, intenția de a-și face rău poate fi de asemenea pusă în mod direct în legătură cu dorința de a muri (ca o evadare din depresie; Baumeister, 1990), iar indivizii care sunt impulsivi se pot sinucide printr-un act impulsiv. Există o serie de factori de risc care ar trebui luați în considerare atunci când evaluăm depresia și dificultățile asociate (Hawton, 1987; MacLeod, 2004). Factorii care pot spori riscul încrederii de suicid sunt:

- tulburări de personalitate, mai ales când sunt asociate cu un slab control al impulsurilor;
- consum de alcool pentru a uita de probleme;
- a fi tânăr, bărbat și șomer;
- precedente ale actelor de autorănire;

- viață singuratică şi izolare socială;
- evenimente majore din timpul vieții legate de pierderi sau decese;
- boli care implică reducerea capacităților şi/sau durere cronică;
- certuri în familie şi emoții exprimate foarte puternic;
- aniversări ale pierderilor;
- renunțări spontane (de exemplu, de îngrijitorul de caz);
- o sinucidere în familie.

Aceştia sunt factorii obişnuiţi de risc care trebuie luaţi în considerare atunci când evaluăm riscurile. Leahy şi Holland (2000, pp. 30-34) oferă o listă utilă de teme în evaluarea riscurilor. În plus, firește, există un anumit număr de factori care, în contextul celor menționați anterior, sporesc riscul general. Fazaa şi Page (2003) au constatat că autocritica severă sporeşte riscul de suicid, iar Apter, Horesh, Gothelf şi Lepkifker (2001) au descoperit că ceea ce îi diferențiază pe cei cu tendințe suicidare de ceilalți este lipsa voinței de a-şi comunica sentimentele şi acest fapt este legat în mod semnificativ de gravitatea încercării. Calitatea somnului şi coşmarurile pot fi de asemenea puse în legătură cu fenomenul sinuciderilor (Cukrowicz *et al.*, 2006). Deşi mulți indivizi, chiar şi atunci când nu sunt deprimați, pot avea gânduri de suicid, dacă un client începe să se gândească cum le-ar putea pune în aplicare şi să-şi facă planuri în acest sens, aceasta sporeşte riscul. Riscul poate fi din nou sporit dacă persoana are mijloacele de a-şi duce la îndeplinire planurile. Cogniţiile depresive care sunt asociate cu un sentiment cronic de lipsă de speranță, cu slabe aptitudini de adaptare şi un sentiment cronic de situație fără ieşire cu puternice dorințe de evadare reprezintă factori de risc psihologic.

Traumele nerezolvate din trecut, sentimente de ruşine foarte accentuate şi o stimă de sine prea scăzută pot spori riscul. Perioada de recuperare dintr-o boală depresivă severă este una de risc crescut de suicid. Motivul comun este că „nu mai pot trece prin asta încă o dată". Acest fapt este valabil îndeosebi în cazul depresiilor bipolare, unde există un risc sporit de suicid atunci când indivizii cad în depresie. Această situație depăşeşte simpla lipsă de speranță, întrucât există un sentiment de „teamă şi de groază în privința viitorului".

Atunci când lucrăm cu cei care au tendințe suicidare este important să obținem ajutorul și sfatul altor profesioniști și să punem la punct un plan de tratament clar, care poate varia de la începutul tratamentului până la modalitatea specifică de rezolvare a problemei și de ajutor. Planul de tratament poate de asemenea să includă un acord ca atunci când o persoană deprimată simte că nu poate să reziste înclinațiilor spre suicid, aceasta trebuie să apeleze la medicul de familie, un serviciu de criză sau, poate, la consilier. Într-o ședință de consiliere, pacienții pot considera util să lucreze asupra problemelor împreună cu consilierul în mod gradat, analizând problemele și elaborând un plan de a acționa asupra lor. Pașii mărunți, mai ușor de manipulat, sunt de obicei mai indicați. Consilierii pot de asemenea să-i ajute pe oameni să găsească „un motiv pentru a trăi", care poate ușor trece neobservat într-o stare de depresie. Este important să eliminăm sentimentele de rușine legate de dorința de sinucidere, iar în același timp să câștigăm timpul necesar și să o facem pe respectiva persoană să vadă că nu a fost întotdeauna deprimată și că depresia poate fi rezolvată.

Inventarul de Depresie Beck (Beck *et al.*, 1979) dă o idee asupra riscului de suicid și indică un pericol potențial care necesită o explorare mai amănunțită. O combinație de dorință de autorănire și de lipsă de speranță reprezintă semnalele de alarmă. Pentru alte studii legate de evaluarea și lucrul cu clienții suicidari, vezi Grollman (1998), Hawton (1987), Hawton și Catalan (1987), MacLeod (2004) și Williams (1997).

Cât de răspândită este depresia?

Răspunsul depinde în mare măsură de definiția pe care o dăm depresiei și de precizia diagnosticului, însă este *foarte* răspândită. Milioane de oameni din întreaga lume suferă de depresie. Organizația Mondială a Sănătății arată că depresia va deveni în curând cea mai răspândită boală din lume, după tulburările cardiovasculare. Într-adevăr, în cazul femeilor cu vârsta cuprinsă între 15 și 45 de

ani, este de departe deja cea mai răspândită afecțiune. În general, anumite estimări sugerează că o persoană din patru sau cinci va avea parte de un episod de depresie care să necesite tratament într-un anumit moment al vieții, deși această cifră depinde de clasa socială și de alte variabile sociodemografice (Bebbington, 2004; Bebbington, Katz, McGuffin, Tennant și Hurry, 1989).

Lunând în considerare definiția și problemele care țin de diagnostic, Bebbington (2004, p. 14) afirmă: „Previziunea mea este aceea că procentajul anual al celor cu episod depresiv ICD poate fi de aproximativ 4%, iar al celor cu tulburare depresivă DSM-IV este în jur de 5%". Cu toate acestea, trebuie menționat faptul că femeile suferă de depresii de două sau de trei ori mai mult decât bărbații. O atenție deosebită trebuie acordată modului în care bărbații și femeile se prezintă când sunt afectați, întrucât bărbații își neagă sentimentele într-o măsură mai mare și dau dovadă de mai multă furie (Cochran și Rabinowitz, 2000). Astfel, trebuie să fim atenți la diferențele dintre sexe (Hankin și Abramson, 2001; McGuire și Troisi, 1998b). De asemenea, procentajele pot diferi foarte mult în funcție de grupul social, cei din zonele sărace și cu mulți șomeri prezentând niveluri considerabil mai ridicate de probleme de sănătate, inclusiv depresia (vezi Melzer, Fryers și Jenkins, 2004). Ostler și colaboratorii (2001) consideră că ratele depresiei sunt diferite în rândurile pacienților tratați de diferiți medici de familie și că 48,3% din această variație poate fi pusă pe seama sărăciei și a statutului socioeconomic. Deși modalitățile de depistare și tratament se îmbunătățesc treptat, cel puțin în statele occidentale, multe dintre persoanele deprimate rămân nedepistate în cadrul comunității lor și chiar cei depistați nu primesc întotdeauna un tratament adecvat (Bebbington, 2004).

Nu numai că ne confruntăm cu un nivel crescut de nefericire care afectează indivizii și familiile lor, dar și costurile economice sunt estimate la mai multe milioane de lire sterline (NICE, 2004). Din nefericire, nu există nici un indiciu că odată cu creșterea bogăției, nivelul de depresie s-ar reduce (Arrindell, Steptoe și Wardle, 2003; Kasser, 2002), existând serioase îngrijorări că depresia poate

creşte îndeosebi în rândul generaţiilor tinere (Fombonne, 1999; Klerman, 1988). Există multe motive care contribuie la aceasta, incluzând aici schimbările demografice, schimbări ale modului de viaţă, modificări ale dietei, utilizarea sporită a medicamentelor cu efecte secundare depresive şi stresul social de diferite forme (Gilbert, 1992, 2004; James, 1997). Un consilier care îşi alege depresia ca temă specială de studiu nu va duce lipsă de cazuri.

Etapele depresiei

Posternak şi Miller (2001) au studiat etapele depresiei pe 201 pacienţi de pe listele de aşteptare: 20% au făcut progrese în primele două luni şi 50% în primele şase luni. Ratele de vindecare depind de numeroşi factori, precum evenimentele apărute pe parcursul vieţii şi gravitatea depresiei. Aceste rate de vindecare trebuie avute în vedere atunci când analizăm date provenind de la experimentele de cercetare. Un procent de 20% dintre cazuri sunt cronice, cu alte cuvinte, aceştia pot rămâne deprimaţi cu diferite niveluri de severitate timp de doi ani sau mai mult (Scott, 1988). Unii clienţi suferă episoade acute care se suprapun peste alte afecţiuni cronice mai uşoare (McCullough, 2000), Andrews (1998) a pus depresia cronică a femeilor în legătură cu abuzul sexual.

Recidivă şi reapariţie

Aproximativ 50% dintre clienţii diagnosticaţi cu depresie (în unele studii procentajul este mai ridicat) vor avea o recidivă sau o criză ulterioară. Vârsta la care se instalează afecţiunea poate fi folosită pentru a preconiza posibilitatea de recidivă, cei la care debutul afecţiunii se situează înainte de vârsta de 20 de ani, reprezentând cel mai vulnerabil grup (Giles, Jarrett, Biggs, Guzick şi Rush, 1989). Odată cu a doua şi a treia criză, riscul de recidivă sporeşte la 70% şi, respectiv, 90% (NICE, 2004).

Cauzele recidivei sunt numeroase şi includ evenimente din viaţa personală, precum pierderea serviciului, o slujbă stresantă care poate induce sentimentul unei situaţii fără ieşire, dar la care pacientul se întoarce după însănătoşire, stres financiar continuu, sărăcia, sprijinul social scăzut, lipsa unui confident şi criticile partenerului (Belsher şi Costello, 1988; Hooley şi Teasdale, 1989); vulnerabilităţile psihologice subiacente, precum stima de sine diminuată şi tendinţele autocritice (Murphy, Nierenberg, Monson *et al.*, 2002); precum şi probleme nerezolvate legate de un abuz anterior (Andrews, 1998; Hammen, Henry şi Daley, 2000). Hankin şi Abramson (2001) remarcă faptul că unele evenimente legate de depresie pot fi independente de sine (de exemplu, colapsul pieţei financiare şi o pierdere financiară sau a locului de muncă), însă altele sunt legate de aceasta. De exemplu, anumite dispoziţii ale personalităţii reduc probabilitatea dezvoltării unor relaţii apropiate şi cresc probabilitatea ruperii relaţiilor şi a conflictelor – care sunt legate de depresie. Stilul cognitiv (care reflectă anumite atitudini şi tendinţe) este legat atât de tendinţele personalităţii, cât şi de vulnerabilitatea acesteia la depresie. Iacoviello, Alloy, Abramson, Whitehouse şi Hogan (2006) au descoperit, după ce au verificat simptomele depresiei, că stilul cognitiv negativ afectează numărul de episoade (recidive), severitatea crizelor şi cronicitatea (vezi şi Alloy *et al.*, 2006). Monroe şi Harkness (2005) sugerează că odată ce persoana a devenit depresivă, sistemele sale fiziologice sunt predispuse către schimbări mai severe de dispoziţie în faţa evenimentelor stresante din viaţă (o teorie a factorilor de declanşare). Atât abordările axate pe latura cognitivă, cât şi cele centrate pe latura fiziologică diferenţiază între primul episod şi cele ulterioare, acestea din urmă fiind mai uşor de declanşat printr-o *răspândire a activării* gândirii negative şi a stărilor de stres – cu alte cuvinte (iar acesta este un concept asupra căruia vom reveni), trebuie să găsim diferite modele de activitate în sisteme multiple care generează *stări ale creierului* depresive.

Date fiind aceste riscuri ridicate de recidivare, se întreprinde în prezent o activitate de cercetare legată de modalitatea de a

reduce recidiva. Hollon, DeRubeis și Seligman (1992) arată că pacienții depresivi tratați prin terapia cognitivă prezintă un risc înjumătățit de recidivă față de cei tratați doar prin intermediul farmacoterapiei. Terapia cognitivă de conștientizare (Segal, Williams și Teasdale, 2002) a fost realizată special pentru a lucra cu grupul celor vulnerabili la recidive. Anumite tipuri de terapii comportamentale pot de asemenea reduce riscul de recidivă (Klein *et al.*, 2004). Unele studii au căutat și ele să studieze dozarea medicației în prevenția recidivelor (NICE, 2004).

Rezistența la tratament

NICE (2004) face constatarea că unii pacienți dau dovadă de rezistență la tratament. Aceasta este definită ca lipsa răspunsului la tratamente ce includ două sau mai multe medicamente antidepresive în doze adecvate și într-un interval de timp corespunzător. Însă există și o rezistență la terapiile psihologice. În privința acestora din urmă, rezistența poate fi pusă în legătură cu măsura în care aceștia sunt prinși și implicați în medii ostile și critice sau poate depinde de intervalul de timp necesar anumitor pacienți pentru a dezvolta o relație terapeutică de încredere și de a se simți suficient de puțin stânjeniți încât să înceapă să se implice într-un proces de schimbare. Anumite studii clinice caută prin intermediul mass-mediei locale persoane deprimate pentru teste. Nu este foarte clar în ce măsură acești indivizi sunt diferiți de persoanele cu depresie tratate în sistemul public, care se pot simți foarte stânjeniți și lipsiți de motivația de a răspunde la astfel de „anunțuri". Am tratat destule depresii cronice sau rezistente la tratament cu o anamneză de experiențe abuzive, în care primele luni le-am petrecut creând o legătură cu pacientul pentru a iniția tratamentul. Deși profesioniștii sunt în permanență presați să încadreze terapiile într-un număr relativ scurt de ședințe specifice (care sunt concepute pentru studiile clinice), numărul acestora ar putea fi prea scurt pentru anumite persoane, cu toate că terapiile concentrate pe perioade

scurte de timp (16 până la 20 de şedinţe) pot fi eficiente în cazul anumitor pacienţi, pentru mai bine de 40% dintre aceştia efectul este redus sau doar parţial. Este necesar să se efectueze şi alte studii legate de acest grup de pacienţi (McCullough, 2000). Există, de exemplu, dezbateri referitoare la componentele terapiilor (de exemplu, axarea pe gânduri sau pe comportamente) care sunt cele mai eficiente şi previn cel mai bine recidiva (Dimidjian, Hollon, Dobson *et al.*, 2006).

Tratarea depresiei

Au fost sugerate mai multe tipuri de tratamente pentru depresie, incluzând medicamentele şi terapia electroşocurilor, precum şi o multitudine de intervenţii psihosociale. NICE nu recomandă antidepresivele în cazul depresiei uşoare, deşi, pe bună dreptate sau în mod greşit, medicii generalişti pot continua să le folosească dacă le socotesc de ajutor pentru stresul cronic şi/sau probleme cu somnul. Aceste dezbateri medicale sunt foarte actuale. Există multe variante ale terapiilor psihologice: terapiile psihodinamică, conjugală şi familială, dezvoltarea abilităţilor sociale, terapia afectivă, terapia interpersonală, terapia cognitivă, terapia comportamentală şi numeroase combinaţii dintre acestea (pentru o privire de ansamblu a numeroaselor combinaţii, vezi Beckham şi Leber, 1995; Power, 2004). Această carte este centrată preponderent pe terapia individuală. Pentru consilierea familială şi conjugală, vezi Beach şi Jones (2002); Clarkin, Haas şi Glick (1988); Gotlib şi Colby (1987); Prince şi Jacobson (1995).

Şansele scăzute în succesul consilierii de bază sunt date de: depresia severă care produce dificultăţi în a se implica şi în a forma o legătură terapeutică; dificultăţi în exprimarea gândurilor şi a sentimentelor; atitudine foarte defensivă; convingere fermă că suferă de o boală fizică, o tulburare gravă de personalitate şi o dovadă clară de depresie ciclică. Aceste tipuri de probleme pot necesita intervenţii alternative sau cel puţin ca alte tipuri de intervenţii să

se deruleze în paralel cu abordarea psihologică. Terapiile psihologice pentru aceste persoane necesită intervenții ale specialiștilor.

Cu riscul de a repeta, terapeuții ar trebui să fie întotdeauna conștienți de faptul că toate stările depresive au efecte biologice și unele sunt legate de modificări hormonale/biologice (de exemplu, tiroida, diabetul, oboseala cronică, menopauza, leziuni la nivelul creierului etc.). Există îngrijorarea că anumite depresii au devenit „suprapsihologizate", pierzându-se din vedere cauze fizice importante (Goudsmit și Gadd, 1991). În domeniul social, sărăcia, condițiile sociale precare, lipsa suportului social și evenimentele negative din viață pot de asemenea spori riscul de depresie, în timp ce evenimentele pozitive sunt asociate cu recuperarea (Brown, 1989). Prin urmare, abordarea de față susține modelul biopsihosocial al depresiei (Gilbert, 1984,1995a; Vasile, Samson, Bemporad *et al.*, 1987). Acest model lucrează mai degrabă cu niveluri diferite de funcționare decât cu simple modele de cauzalitate. Astfel putem trece la secțiunea dedicată problemei.

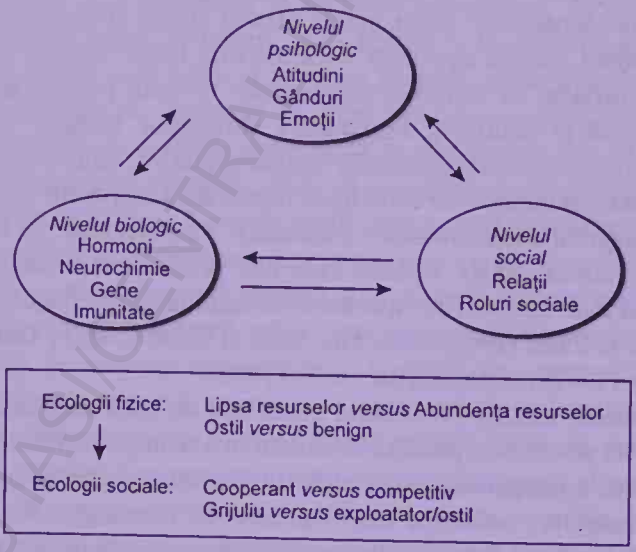


Figura. 1.1. *Interacțiunile biopsihosociale și ecologice*

Din Gilber, 2004, p. 103, reprodusă cu permisiunea J. Wiley and Sons.

Abordări biopsihosociale ale depresiei

În urmă cu 20 de ani, L. Eisenberg (1986) constata că de multe ori psihologia şi psihiatria nu luau în calcul „creierul" sau „mintea". Această afirmaţie nu voia să perpetueze vreun „dualism", ci dimpotrivă. Era un îndemn spre o mai bună ştiinţă a minţii şi o psihopatologie care să recunoască abordarea sistemică. Aceasta, pentru a renunţa la reducţionism – depresia poate fi redusă la o modificare de ordin chimic a creierului, la apariţia unor convingeri fundamentale sau la un comportament de evitare – şi pentru a o vedea mai degrabă ca implicând interacţiunea unor modele complexe de sisteme dinamice. Depresia vizează un număr de simptome complexe şi handicapante, după cum am observat mai sus. Este vital să înţelegem că atunci când oamenii sunt deprimaţi, ei prezintă tulburări pe mai multe planuri. Figura 1.1 evidenţiază o simplă abordare biopsihosocială la nivel general.

Acest model sugerează că există o serie de factori biologici care pot influenţa, pe de o parte, starea de spirit şi gândirea şi, pe de altă parte, relaţiile sociale. Există dovezi concludente că, la nivel fiziologic, anumite substanţe chimice din creier, numite „neurotransmiţători", suferă modificări. Serotonina, noradrenalina şi dopamina sunt în special implicate în depresie. Acestea ne influenţează capacitatea de a simţi emoţiile pozitive (bucuria, fericirea şi plăcerea) şi de a fi interesaţi de diferite lucruri (de exemplu, mâncarea şi sexul). Ele pot de asemenea influenţa trăirile negative şi emoţiile precum anxietatea, furia şi ruşinea.

Este de asemenea clar că depresia este asociată cu sporirea activităţii în cadrul „sistemelor de stres" – acestea fiind suprasolicitate. De exemplu, mulţi dintre cei cu depresie au un nivel al hidrocortizonului (un hormon eliberat în condiţii de stres) ridicat. O prezentare a acestor studii se găsesc în Numeroff (1998), iar numeroase date tehnice pentru cei dornici să afle mai mult pot fi găsite în Thase şi Howland (1995), Thase, Jindal şi Howland (2002), precum şi în Cleare (2004). Ideea este aceea că modificările

fiziologice care însoțesc depresia vor afecta, desigur (și sunt parte integrantă din), stările de spirit, comportamentele și abilitățile, precum memoria și concentrarea.

În domeniul psihologic, indivizii nu numai că se simt rău, ci au și tendința de a avea o perspectivă negativă asupra viitorului, asupra lor înșiși și asupra lumii (Beck *et al.*, 1979). O atenție sporită a fost de asemenea acordată comportamentelor asociate depresiei, precum evitarea și ruminația (Dimidjian *et al.*, 2006). După cum vom vedea în această carte, gândurile, comportamentele și amintirile devin adesea ținte ale activității terapeutice. Aceste procese au un impact evident asupra stării fiziologice și a relațiilor sociale.

În domeniul social, cei care suferă de depresie pot avea diverse necazuri și probleme de relaționare socială (Brown și Harris, 1978; Brown, Harris și Hepworth, 1995). Diferite tipuri de interacțiuni individ-mediu pot fi puse în legătură cu diferite profile simptomatice (Keller și Nesse, 2006). Relațiile sociale și rolurile sociale râvnite pot juca un rol determinant în vulnerabilitate, debut și recuperare (Champion și Power, 1995). Conflictele conjugale sunt foarte des asociate cu depresia – precum și cauze și consecințe ale acesteia (Beach și Jones, 2002). În general, relațiile afectuoase și care oferă sprijin sunt favorabile stării de bine și recuperării, în timp ce relațiile bazate pe critică, neglijare și ostilitate, precum și izolarea socială au un efect contrar.

Importanța emergenței

Autoreglarea survine la fiecare nivel al ființei noastre, astfel că fiecare celulă a corpului nostru poate să se autoregleze, la fel ca orice sistem fiziologic – precum cel cardiac sau cel imunitar. Firește, acest lucru se realizează la diferite niveluri de complexitate și interacționând cu alte sisteme. Evident, sistemele aflate la „niveluri de bază" influențează și modelează sistemele de organizare aflate la niveluri mai înalte (de exemplu, genele influențează/construiesc sistemele fiziologice care constituie corpul viu al

animalelor – fie că vorbim de peşti, iepuri sau oameni). Ele construiesc infrastructurile de bază ale creierului, care le vor oferi indivizilor sisteme senzoriale, motivaţii şi emoţii fundamentale, precum şi capacitatea de a gândi în anumite moduri. Cu toatea acestea, nivelurile superioare de organizare influenţează la rândul lor nivelurile inferioare de organizare. De exemplu, dacă trăim într-o lume răvăşită de războaie, acest fapt creează un stres intens. Acesta ne afectează sistemele fiziologice, trăirile şi motivaţiile. Ştim în prezent că stresul poate afecta şi modalitatea de manifestare a genelor – modul în care acestea sunt activate şi dezactivate. Originile războiului respectiv se pot situa cu câteva secole mai devreme, aşa cum se întâmplă în cazul războaielor religioase. Cu alte cuvinte, un conflict care a început cu câteva secole în urmă poate influenţa modul de manifestare a genelor noastre în prezent!

Astfel, dacă întrebăm o persoană deprimată, dintr-o ţară măcinată de război, despre cauza depresiei, există un număr foarte mare de răspunsuri posibile: de la istoria culturii acesteia la experienţele sale personale, la modul în care mintea şi corpul acestuia reacţionează la anumite evenimente şi până la modul în care genele au programat-o pe respectiva persoană să reacţioneze în anumite feluri. A susţine că o anumită explicaţie este mai „bună" decât cealaltă înseamnă o înţelegere total greşită a emergenţei. Cu toţii suntem structuri psihobiologice de organizare aflate în timp şi percepem „faptul de a fi în lume". Sarcina mea ca psihoterapeut este aceea de a încerca să intru în contact cu structura psihobiologică a clientului şi să cercetăm împreună dacă există căi prin care poate fi modificat „patternul care dă naştere trăirii suferinţei". Dacă legătura mea cu acesta este percepută de către el ca una generoasă şi atentă, acest lucru ajută terapiei. La fel se întâmplă şi dacă putem schimba patternurile comportamentale, dacă putem modifica semnificaţiile, convingerile şi interpretările şi dacă îl putem ajuta în privinţa evenimentelor din viaţa sa (de exemplu, să obţină o slujbă sau să rezolve conflictele relaţionale).

Deşi putem separa şi studia individual aceste domenii, după cum am arătat în figura 1.1, *stările mentale* şi *stările creierului*

(Gilbert, 1984) sunt fenomene emergente rezultate din interacțiuni complexe. Pentru unii, genele reprezintă factori importanți în vulnerabilitatea la depresie – iar diferite tipuri de depresie au diferite încărcături genetice. Însă genele nu operează într-un vid. Ceea ce știm este faptul că interacțiunile dintre gene și mediu sunt complexe și dau naștere diferitor fenotipuri din care provin vulnerabilitățile (Caspi și Moffitt, 2006). Așadar, vulnerabilitatea fiziologică la depresie poate apărea din mai multe surse. De exemplu, maturizarea fiziologică precoce în pântece poate afecta temperamentul și modul în care interacționăm cu ceilalți încă din primele zile ale vieții (Harper, 2005). Relațiile noastre sociale pot afecta modul în care se manifestă genele. Efectele fiziologice ale interacțiunilor (de exemplu, dacă sunt liniștite sau stresante) influențează activarea și dezactivarea genelor (Harper, 2005). Relațiile sociale pot avea, de asemenea, un impact major asupra modului în care se maturizează sistemele noastre fiziologice. De exemplu, sistemele legate de memorie, precum și sistemele legate de reglarea emoțională la nivelul cortexului frontal pot fi afectate de experiențe timpurii de abuz (Gerhardt, 2004 ; Schore, 2001). În consecință, există o interacțiune foarte clară între experiențele noastre aparținând reprezentării sinelui în exterior și maturizarea fiziologică. Relațiile noastre sociale dau formă, de asemenea, atitudinilor noastre în privința lumii în care locuim, propriilor așteptări în privința noastră și identității de sine (capitolul 6). Aceste atitudini, credințe și stiluri de a interpreta evenimentele ne afectează sistemele fiziologice și comportamentul social.

Familiile și interacțiunile dintre părinți și copii vor fi puternic influențate dacă mediul înconjurător este liniștit și încurajator sau dacă este vorba despre o zonă de război sau una săracă, dominată de infracționalitate. Ecologiile *fizice* (de exemplu, dacă ne putem mișca liberi în exterior, în zone atractive sau dacă rămânem închiși în camere întunecate sau în blocuri din zone cu infracționalitate ridicată) influențează relațiile și stările noastre mentale. Ecologiile *sociale* sunt legate de convingerile și patternurile tipice grupurilor sociale. Acestea pot fi privite în linii mari ca reprezentând domeniul

cultural, iar acesta are un impact major asupra vulnerabilităţii oamenilor la probleme de sănătate mentală şi asupra comportamentului lor de căutare a sprijinului.

Istoria sau factorii timpurii de vulnerabilitate interacţionează cu factorii obişnuiţi de stres ai vieţii. De exemplu, un eveniment negativ poate spori producţia de hormoni specifici stresului. Hormonii de stres pot influenţa concentrarea, atenţia şi intenţionalitatea, făcând dificilă rezolvarea problemelor şi „gândirea echilibrată". Atunci când acest lucru se întâmplă, gândurile şi emoţiile noastre sunt afectate şi ne concentrăm mai mult asupra evenimentelor negative care sporesc din nou cantitatea hormonilor de stres. Un eveniment negativ poate declanşa apariţia unor convingeri negative subiacente (de exemplu, aceea de a fi inutil şi nedemn de iubire). Pe măsură ce aceste convingeri par mai adevărate, ele măresc stresul care determină eliberarea mai multor hormoni de stres şi sporesc simptomele stresului (de exemplu, somnul insuficient şi un nivel scăzut de concentrare). Acesta se adaugă senzaţiilor de epuizare şi de inadecvare. Iar o convingere de tipul „sunt plictisitor, oamenii se vor sătura de mine" poate determina apariţia unui comportament social retras şi noi sentimente de însingurare, toate acestea influenţând apariţia hormonilor de stres.

În lucrarea lor fundamentală, Brown şi Harris (1978) au constatat că într-un eşantion format din femei ce provin din acelaşi mediu, depresia a fost adesea asociată cu *factorii de vulnerabilitate* (precum stima de sine redusă, lipsa de intimitate dintre soţi) şi cu *agenţii declanşatori* (diferite pierderi sau pericole care au consecinţe pe termen lung). Ei sugerează că evenimentele care diminuează valorizarea şi stima de sine ale persoanei sunt deosebit de importante în cazul depresiei (Brown, 1989). Evenimentele sociale negative care sunt percepute într-o oarecare măsură ca jenante sau ruşinoase şi din care persoana se simte incapabilă să iasă s-au dovedit a fi mai deprimante decât evenimentele ca atare (Brown *et al.*, 1995). Legătura dintre evenimentele din viaţa personală, relaţiile sociale, stima de sine şi sentimentul controlului asupra problemelor vieţii este adesea fundamentală în cazul depresiei (Becker, 1979).

Evenimentele şi modalităţile de adaptare variază în funcţie de sex, vârstă şi grupul etnic. De exemplu, este mult mai probabil ca femeile să fie cele care au grijă de copii, chiar şi după desfacerea unei relaţii (adică un părinte singur). Ele au cele mai mari şanse de a rămâne închise în casă cu copiii şi de a suferi povara impusă de rol (Brown şi Harris, 1978). În anumite grupuri sociale, femeile sunt plasate în poziţii extrem de inferioare. Grupurile de persoane în vârstă sunt mai predispuse la lucruri negative precum şi la înrăutăţirea sănătăţii fizice şi, în anumite cazuri, pierderea propriei locuinţe şi mutarea într-un cămin de bătrâni. Unele studii sugerează faptul că incidenţa depresiei este foarte ridicată în aceste contexte (Laidlaw, 2004).

Este aşadar util să considerăm depresia drept secvenţe de *procese interactive ce generează patternuri biopsihosociale complexe, care pot atrage persoana într-o spirală descendentă*. Toate intervenţiile, fie ele prin medicamente, susţinere psihologică sau socială, au ca scop ruperea spiralei depresiei şi a reţelei de procese interactive. Aceasta înseamnă că în interiorul nostru se produc la multiple niveluri interacţiuni constante şi complexe care ne influenţează starea mentală.

Diversele tipuri de terapii tind să ia în vizor diferitele elemente ale acestor domenii. De exemplu, tratamentele biologice au drept ţintă domeniul biologic, în timp ce intervenţiile psihosociale tind să-şi concentreze atenţia asupra domeniilor psihologice şi sociale. Intervenţiile sociale au ca obiect interacţiunile indivizilor cu mediul lor, de exemplu, ajutând oamenii să-şi găsească de lucru, să-şi clarifice problemele legate de situaţia financiară şi de întreţinerea copiilor, să găsească spaţii de locuit mai favorabile. În orice caz, fiecare tratament ar trebui să aibă efecte care să pătrundă şi în celelalte domnii. Tratamentul medicamentos va influenţa modul de gândire şi comportamentul indivizilor, în timp ce tratamentele psihologice vor avea un impact psihologic (Cozolino, 2002; Linden, 2006). Astfel, terapeuţii trebuie să fie conştienţi de faptul că lucrează cu „o persoană" a cărei depresie cuprinde un context istoric, care trăieşte într-un anumit mediu social, şi de aceea

trebuie să fie atenţi şi respectuoşi faţă de istoria, cultura şi mediul social ale persoanei respective.

Conceptualizarea

A vedea depresia sub această formă multifaţetată ne poate fi de ajutor atunci când planificăm o terapie personificată (capitolele 8 şi 9). Tipul de model biopsihosocial descris aici a fost propus de către Brown şi Harris (1978) şi, după părerea mea, el rămâne o abordare foarte utilă. Putem începe să creionăm modelul prin identificarea a trei domenii fundamentale ce pot da naştere la depresii. Acestea sunt: *factorii timpurii de vulnerabilitate*, *factorii actuali de vulnerabilitate* şi *evenimentele declanşatoare*, şi sunt prezentate în figura 1.2.

Factorii timpurii de vulnerabilitate pot include numeroase lucruri despre care am amintit anterior, precum vulnerabilităţile genetice şi experienţele dificile de la începutul vieţii. Aceşti indivizi pot fi vulnerabili în foarte multe moduri ce pot fi accentuate de vulnerabilităţile actuale, precum izolarea socială, hărţuirea, conflictele din cadrul căsătoriei sau de la muncă. După cum sugerează Brown şi Harris, aceste categorii de vulnerabilităţi de obicei „încarcă butoiul cu pulbere". Cu toate acestea, un eveniment major care are efecte importante pe termen lung, precum pierderea serviciului, poate provoca alunecarea în spirala depresiei. Importanţa acestei perspective asupra depresiei arată că depresia nu este o problemă ce poate fi privită în alb şi negru, care este prezentă sau nu, ci există grade ale depresiei, că aceasta variază în timp ca intensitate. Un eveniment declanşator poate fi acela care accentuează o problemă a stării de spirit, astfel încât persoana ajunge la un nivel la care poate fi pus un diagnostic. Diagnosticul poate surveni atunci când un anumit număr de simptome este evident, însă factorii de vulnerabilitate pot apărea înainte de aceasta şi este posibil să fi erodat starea persoanei de ceva vreme.

În cadrul acestui tip de model, vulnerabilitățile pot interacționa astfel încât unii dintre indivizii cu o istorie traumatizantă să întâmpine dificultăți în a forma relații sau a-și păstra locul de muncă și astfel viețile lor tind să fie bântuite de numeroase evenimente care sunt legate de modalitățile de adaptare interpersonală (Hankin și Abramson, 2001). Shahar, Henrich, Blatt, Ryan și Little (2003) au descoperit că, într-un grup mare de adolescenți (n = 860), autocritica anticipează mai puține evenimente pozitive în viață în cazul fetelor. Stilurile autocritic și autoreconfortant au un impact asupra a ceea ce persoana preia din mediul social sau nonsocial. Astfel, evenimentele nu sunt neapărat independente de stilul specific în care persoana se implică în lume.

Privind către nivelul următor putem vedea că, pe măsură ce depresia avansează, se produce o accentuare a sistemelor fiziologice de stres, a aspectelor psihologice și în mod deosebit a celor existențiale, astfel încât oamenii încep să perceapă și să evalueze lumea, pe ei înșiși și propriul viitor într-o manieră negativă. De obicei, comportamentele lor de adaptare sunt deficitare; ei pot rămâne foare repede în pană de idei în legătură cu ce ar trebui să facă pentru a se ajuta pe ei înșiși. Sau pot rumina asupra cauzei pentru care lucrurile au luat o întorsătură nefavorabilă pentru ei mai degrabă decât să se concentreze asupra adaptării și încercării de a-și îmbunătăți situația. De obicei, atunci când cineva rămâne în pană de soluții adaptive, acest lucru poate duce la evitare, apoi la sentimentul că este prins într-o situație fără ieșire, pentru a deveni excesiv de axat pe sentimentul de înfrângere și pe cel de fugă/evadare. Uneori, evadarea dintr-un mediu abuziv este utilă, alteori fuga din relații nu aduce vremuri mai bune sau poate înrăutăți lucrurile, iar indivizii ajung să regrete acest lucru de îndată ce nu mai sunt deprimați. Acest nivel este cel al *răspândirii activării* stărilor depresive la nivelul creierului.

Această constelație formată din variabile de mediu, personalitate, stil adaptiv și disponibilitate a resurselor sociale și fizice structurează degradarea stării de spirit, făcând-o specifică în anumite privințe fiecărei persoane în parte și totuși parte a moștenirii

noastre ca mamifere şi ca fiinţe umane, având trăsături specifice precum anhedonismul, tulburările de somn şi oboseala.

Deoarece depresia este o trăire atât de multifaţetată, putem observa că există o serie întreagă de intervenţii sau de factori de detensionare care pot fi în egală măsură de ajutor pentru individ. Psihoterapeutul îşi va concentra atenţia în mod evident îndeosebi asupra domeniului psihologic, astfel încât această carte se va axa mai degrabă asupra acestui lucru decât asupra altor elemente din tratarea depresiei. Cu toate acestea, este important să ne gândim cum anume poate utiliza un client terapia pentru a produce schimbări în viaţa lui (de exemplu, în privinţa relaţiilor sale sociale) care să fie catalizatori ai vindecării depresiei. La fel de importante pot fi urmarea unui regim alimentar sau efectuarea de exerciţii fizice. Consilierii trebuie să cunoască aceste alte tipuri de intervenţii bazate pe dovezi. Prin urmare fundamental este accentul pus pe *întreaga persoană*, chiar şi atunci când se doreşte îndeosebi acţionarea asupra laturii psihologice.

Cum utilizăm această carte?

Ghidul NICE subliniază faptul că persoanele care tratează depresiile ar trebui să fie familiarizate cu *complexitatea* acestei tulburări şi deprinse cu o abordare fundamentată pe dovezi. În plus faţă de recomandările din ghidul NICE, două manuale excelente legate de depresie sunt cele ale lui Gotlib şi Hammen (2002) şi Power (2004). Vi le recomand cu căldură dacă aveţi de gând să întreprindeţi un studiu serios asupra depresiei. Dacă vrem să ţinem pasul cu aceste terapii, acesta va fi un lucru mai complicat întrucât abordările precum terapia cognitiv-comportamentală (TCC), care este bine documentată, se modifică şi evoluează în permanenţă în funcţie de noile cercetări asupra proceselor şi intervenţiilor psihologice. Există, de asemenea, şi variante mai evoluate de TCC : unele pun accentul îndeosebi pe aspectele comportamentale, unele pe cele

cognitive și, cu toate acestea, altele pun accentul pe emoții și pe relații sociale. În realitate, este din ce în ce mai greu să ne gândim la tratament mai degrabă din perspectiva unor școli, decât din cea a unor procese și abordări centrate pe probleme (de exemplu, intervenția pentru comportamentul de evitare, ruminație și autocritică). Ideea este că numeroase terapii devin multimodale (Lazarus, 2000) și profită de cercetare. Oricum, în ciuda problemelor privitoare la întemeierea teoriilor în diferite terapii și a dezbaterilor majore legate de valoarea metodelor de investigare a intervențiilor terapeutice (de exemplu, experimentele controlate aleatorii și meta-analizele, selecția subiecților prin anunțuri), NICE (2004) atrage atenția asupra dovezilor legate de terapiile *convergente* care au fost concepute pentru tulburări afective, îndeosebi TCC și PTI (psihoterapia interpersonală).

Această carte *nu* a fost concepută sub forma unui manual pentru tratamentul depresiei, precum cele ce ar putea fi utilizate în cadrul unui test controlat. Este mai degrabă o abordare centrată pe procese care încearcă să combine înțelegerea proceselor care stau la baza depresiei cu idei despre modul în care pot fi ajutați cei deprimați. În mod evident, deprinderile pe care le aveți în psihologia și consilierea de bază și în modalitățile de intervenție, fie ele cognitiv-comportamentale, interpersonale sau centrate pe emoții, trebuie să le fi dobândit deja în altă parte. Domeniile pe care le acoperă această carte sunt reprezentate de câteva probleme privitoare la conceptualizarea tulburărilor afective (deoarece trebuie să ne elaborăm intervențiile printr-o mai bună înțelegere a proceselor care stau la baza depresiei), la planificarea terapiei și intervențiile convergente care pot fi utile celor care prezintă numeroase depresii unipolare. Un aspect suplimentar subliniat aici îl reprezintă atenția centrată pe compasiune – iar această carte va demonstra de ce este ea importantă –, pe elementele-cheie ale acesteia și pe modul în care terapeutul poate fi o țintă a compasiunii în terapie.

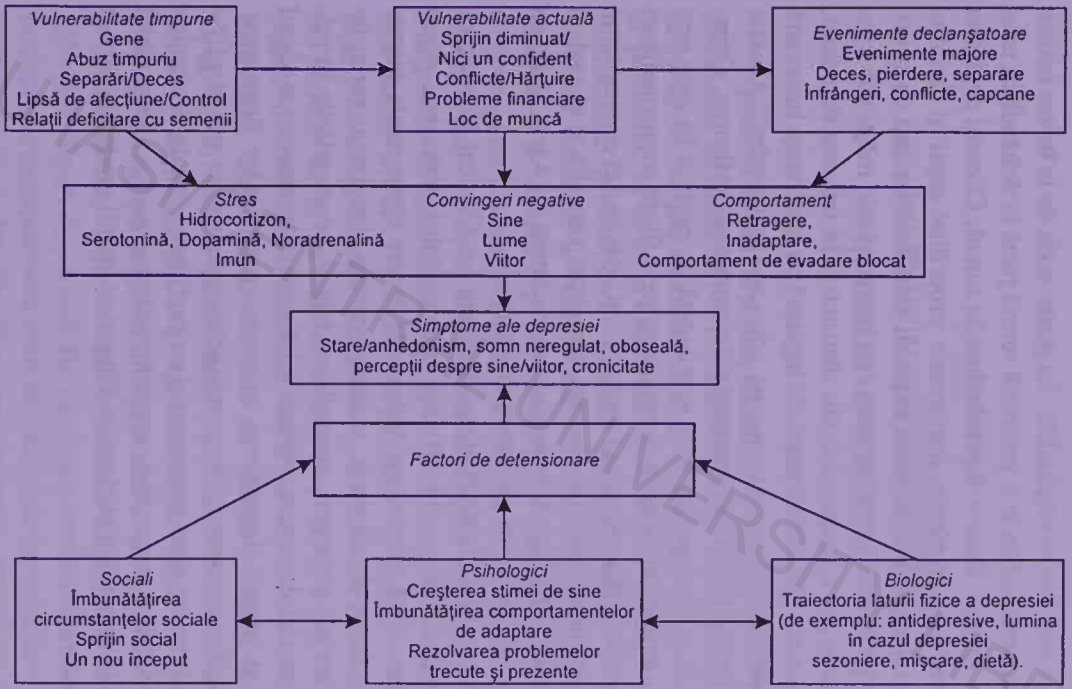


Figura 1.2. *Interacțiuni biopsihosociale în cadrul depresiei*

Din Gilbert, 2004, p. 105, reprodusă cu permisiunea J. Willey and Sons.

Concluzie

Depresia este foarte răspândită. Ea poate varia de la forme ușoare la forme severe și de la o perioadă scurtă până la dobândirea unui caracter cronic. Uneori depresia duce la suicid. Clientul deprimat poate provoca probleme importante propriilor copii și familiei sale. Terapeuții care au tratat depresii sunt familiarizați cu nenorocirile pe care le poate provoca, cu numeroasele măști sub care se ascunde și cu potențialul său distructiv. În tratarea depresiei, trebuie creată mai întâi o punte de legătură cu experiența interioară a persoanei deprimate și cu nevoia „de a se simți înțeles". Aceasta oferă primele licăriri de speranță și înlătură demoralizarea. Capacitatea de a înțelege depresia este legată de măsura în care este pregătit terapeutul să vadă persoana ca pe o ființă contextualizată din punct de vedere istoric și social, și nu doar un set de simptome care necesită intervenție. Această capacitate necesită și să vedem depresia ca fiind legată de fondul uman comun și că noi, la fel ca și alte animale, avem un potențial depresiv.

În decembrie 2004, National Institute for Clinical Excellence a publicat un raport în privința tratamentului depresiei. Acest document oferă numeroase informații despre simptomele numeroaselor forme de depresie, cauzele acesteia, incidența, variațiile etnice, sociale și de gen, costurile sociale și recomandările în privința modului de tratare. Acesta subliniază de asemenea modelul de urmat pentru dezvoltarea asistenței persoanelor deprimate. Terapeuții care lucrează cu persoanele deprimate ar trebui să fie familiarizate cu acest document și cu suplimentele sale. În lumina recomandărilor terapeutice, se pot face eforturi pentru a îmbunătăți accesul la terapiile psihologice. Timpul va stabili gradul de succes al acestora.

Capitolul 2

Sisteme multistratificate în cadrul depresiei

Cu peste 30 de ani în urmă, Akiskal şi McKinney (1973, 1975) au descris depresia într-o manieră universal acceptată acum. În lucrările lor, aceştia au arătat nu doar că depresia variază ca formă şi percepţie, ci şi că o multitudine de factori diferiţi aflaţi în interacţiune (precum codul genetic, relaţiile prezente şi cele din perioada timpurie a vieţii, întâmplările personale, stilurile de gândire şi de adaptare şi medicamentele) pot acţiona în moduri diferite pentru oameni diferiţi. Aşa cum am văzut în capitolul anterior, acest tip de abordare stă la baza abordării biopsihosociale a depresiei. În calitate de consilieri şi psihoterapeuţi, totuşi, acesta este modul în care înţelegem „experienţa interioară" a depresiei (mai mult decât simple „simptome"), iar acest mod de înţelegere ne permite să ne dezvoltăm legătura cu clientul, să construim planuri de tratament şi intervenţii hotărâte împreună cu persoanele deprimate. Mulţi dintre cei care au studiat depresia au indicat faptul că în centrul experienţei depresiei sunt sentimentele de pericol şi de pierdere, dar şi faptul că depresia poate fi privită ca o formă de autoprotecţie în faţa pericolului şi a pierderii.

În orice caz, depresia este legată de diferite combinaţii ale diferitelor tipuri de pericol. De exemplu, Jane a intrat într-o stare de depresie deoarece voia mult să meargă la universitate şi nu şi-a permis din cauza banilor. Deşi era deprimată, ea *îşi dorea* nespus de mult să meargă. Ea a continuat să fie foarte *interesată* să meargă la universitate, dar a considerat ca pe un eşec faptul că nu a reuşit

să treacă peste anxietate. Tim a devenit deprimat deoarece începuse să simtă că ceea ce făcea cu viaţa sa era lipsit de sens. El era un artist talentat, dar familia „l-a împins" să studieze şi să devină avocat. Deşi câştiga mulţi bani, el ura acest lucru şi se simţea prins în capcană de nevoia permanentă de a face rost de bani. Lucrurile importante şi care îl bucuraseră nu-l mai interesau acum – inclusiv viaţa sexuală. Karen era o persoană extrem de energică şi avea multe lucruri de care era interesată, dar în cele din urmă se suprasolicitase, obosise foarte tare şi se simţea ratată. Sue a intrat într-o stare de depresie după ce a născut. Ea a petrecut mulţi ani prin tot felul de clinici de psihiatrie şi i se spusese că suferea de o depresie „biologică" şi că avea nevoie de medicamente pentru restul vieţii. Dar s-a dovedit că mama ei fusese grav abuzată sexual şi nu a putut avea grijă de ea aşa cum trebuie. În cazul ei, psihoterapia a fost îndelungată şi dureroasă. Toate aceste cazuri sugerează diferenţe subtile, dar importante în modul de funcţionare al motivaţiilor noastre, al sistemelor energetice şi emoţionale, diferenţe care nici acum nu sunt înţelese foarte bine. Companiile de medicamente tind să considere toate tipurile de depresie ca fiind la fel pur şi simplu deoarece acestea au simptome similare, precum starea de spirit proastă, pierderea plăcerilor (anhedonismul), dar şi alte simptome. Cu toate că în mod evident există chestiuni comune, diversele tipuri de depresie pot fi asociate cu diverse profile psihobiologice, diverse tipuri de gândire şi comportament, diverse istorii de viaţă şi stări de stres. Terapiile psihologice ar trebui să individualizeze tratamentele în funcţie de dificultăţile specifice ale fiecărei persoane.

Oricum, în general, depresia apare atunci când sentimentele pozitive sunt diminuate şi se pierde dorinţa sau încrederea de a acţiona şi de a ieşi în lume. Aşadar în acest capitol vom analiza sistemele evoluate de reglare a sistemelor noastre emoţionale, dar şi motivele pentru care atât de mulţi dintre noi ne putem pierde starea afectivă pozitivă şi, odată cu aceasta, capacitatea de a simţi plăcere oferită de lucruri. Înţelegerea acestor sisteme de interpretare a emoţiilor fundamentale precum şi a funcţiilor acestora

poate arunca o lumină importantă asupra principalelor experienţe ale depresiei. În zilele noastre, când se preferă soluţii simpliste pentru probleme complexe, este util să fim atenţi la aceste complexităţi.

Mintea multidimensională

Nu numai că există diverse tipuri de depresie, cu căi diferite prin care se poate ajunge la această stare, dar există, de asemenea, şi multe teorii şi terapii diferite care vizează depresia (Power, 2004). Pentru terapeutul şi consilierul care se află la începutul carierei, acest lucru poate crea confuzie. Deci cum se poate decide care este cea mai bună abordare? O modalitate este aceea de a analiza rezultatele cercetărilor pentru a găsi diverse tipuri de terapii, care este abordarea adoptată de diversele grupuri naţionale. Cu toate că este evidentă importanţa acestei abordări, există unele pericole aferente ce pot apărea dacă pierdem din vedere faptul că depresia este specifică fiecărui individ.

Ce se scoate în evidenţă în domeniul terapiilor psihologice este faptul că acestea trebuie să se bazeze şi să se dezvolte pe înţelegerea noastră *ştiinţifică* din ce în ce mai bună a psihologiei umane şi a modului în care funcţionează mintea umană. Terapiile cognitive şi comportamentale au fost printre primele abordări care au încercat să se bazeze pe dovezi şi astfel erau puse în legătură cu înţelegerea ştiinţifică a modului în care interpretăm de fapt informaţiile atunci când ne aflăm în diverse stări de spirit. Cu toate acestea, cercetători cu diverse abordări (din ştiinţele evoluţiei, neuroştiinţe, psihologia dezvoltării, psihologia şi psihiatria socială şi a dezvoltării) şi-au pus în comun cunoştinţele pentru dezvoltarea de modele explicative din ce în ce mai complexe ale modului în care funcţionează mintea umană şi cum interpretează aceasta informaţiile, asemănătoare, de exemplu, sistemelor paralele de interpretare care pot concura unele cu altele. Terapeuţii construiesc terapii care vizează subcomponente ale sistemelor noastre de procesare, cum ar fi tipurile de memorie, atenţia, comportamentul

și capacitatea de reflecție (Brewin, 2006; Dalgleish, 2004; Harvey, Watkins, Mansell și Shafran, 2004; Lee, 2005). Știm acum, de exemplu, că sistemele noastre de răspuns la pericol, care s-au dezvoltat cu milioane de ani în urmă, pot prevala cu ușurință asupra multora dintre abilitățile (recent dezvoltate) ale gândurilor raționale; putem avea momente de neliniște puternică atunci când dorim să ne concentrăm; întâmpinăm probleme de memorie atunci când încercăm să ne amintim ceva; amintirile verbale și senzoriale ar putea să nu fie concordante; putem percepe schimbări emoționale negative atunci când ne dorim să fim fericiți.

Personalitatea emoțională și personalitatea rațională

Cercetările recente au indicat faptul că este nevoie de o conceptualizare a minții nu doar ca unic sistem de procesare, ci mai degrabă ca o minte multiplă (Ornstein, 1986). De fapt, cu mai bine de două mii de ani în urmă, Buddha și-a dat seama de faptul că mintea noastră este dezordonată, înclinată spre pasiuni, emoții și dorințe. Fără o antrenare a atenției (o conștientizare plenară) putem fi „luați în stăpânire" de aceste pasiuni și emoții. La puțin timp după aceea, filosofii stoici din zona mediteraneeană atrăgeau atenția asupra conflictelor dintre emoție și rațiune și asupra faptului că abilitățile omenești de raționare ar trebui să fie folosite pentru a supune emoțiile. Chiar și în zilele noastre, aceste domenii ale antrenării minții (conștientizare) și ale antrenării rațiunii (abordări cognitive) fac încă parte din felul nostru de a fi și sunt privite ca surse de diminuare a depresiei și a altor probleme afective.

Acești gânditori din vechime au atins o problemă fundamentală care constituie încă o sursă generatoare de investigații și de dezbateri. Varianta modernă este aceea că creierul a evoluat lent, dezvoltând diverse emoții fundamentale și sisteme motivaționale care ghidează animalele (și pe noi) către obiective social-reproductive

şi de supravieţuire. Capacităţile noastre de raţionare s-au dezvoltat pentru satisfacerea acestor obiective (vezi capitolul 5). Aceasta s-a întâmplat nu atât pentru reglarea acestor obiective, ci mai ales pentru o urmărire cât mai eficientă a acestora. Birtchnell (2003) a indicat faptul că o consecinţă a evoluţiei noastre este că avem două tipuri de personalitate: una care este preocupată de raţiune, metacogniţie, formarea identităţii de sine şi crearea sensului; şi o alta centrată pe motivaţii fundamentale şi sisteme emoţionale (de exemplu, de apărare împotriva ameninţărilor, de căutare a iubirii şi a prieteniei şi de reproducere sexuală). Aceste două „tipuri de personalitate" variază în funcţie de priorităţile şi de sistemele lor de interpretare conştientă/inconştientă a informaţiilor. Acestea pot conlucra sau pot fi într-un puternic conflict. Într-adevăr, deoarece identitatea de sine (care, aşa cum vom vedea în capitolul 6, se axează pe percepţia pe care cineva o are asupra a „ceea ce este" şi asupra a „ceea ce ar vrea să fie") poate fi în conflict cu majoritatea priorităţilor emoţionale şi motivaţionale ale „creierului emoţional", putem avea de suferit în diverse moduri. În plus, raţiunea şi identitatea de sine pot fi utilizate pentru a justifica şi a da sens deciziilor ce au fost luate inconştient de creierul nostru emoţional (Haidt, 2001).

Aşadar, au ajuns să predomine conceptele şi ideile asupra posibilităţilor înnăscute de construire a unui sens. De exemplu, Coon (1992, p. 1) îşi începe textul introductiv cu următoarea descriere plastică:

> Eşti un univers, o colecţie de lumi aflate în interiorul altor lumi. Creierul tău este probabil cel mai complicat şi mai uimitor dispozitiv care există. Datorită acţiunilor sale, tu eşti capabil să creezi muzică, artă, ştiinţă şi războaie. Potenţialul de dragoste şi compasiune coexistă cu potenţialul pentru agresiune şi ură... Poate chiar şi crimă?

Ceea ce sugerează Coon, Birtchnell şi mulţi alţi cercetători este faptul că noi nu suntem individualităţi monolitice, în ciuda convingerii

noastre că suntem astfel. În schimb, avem la îndemână diverse posibilităţi de creare a sensului. Creierul nostru este un sistem multistratificat format din componente evoluate mai demult sau mai recent (MacLean, 1985). După cum a subliniat Ornstein (1986, p. 9),

> Marele progres în autoînțelegerea noastră a pornit de la o imagine simplă şi de obicei „mentală" şi a evoluat către o imagine potrivit căreia mintea este o structură mixtă, care înglobează o mulțime complexă de „talente", „departamente" şi „reguli". Toate aceste componente generale ale minții pot acționa independent unele de altele şi pot să aibă priorități diferite.
> Descoperirea complexității crescute şi a acestor diferențieri a apărut în mai multe domenii de cercetare [...], în studiul funcțiilor creierului şi localizării acestora; în ideile legate de natura inteligenței; în testarea personalității; şi în teoriile legate de trăsăturile generale ale minții.

Aşadar a început să fie admis din ce în ce mai mult faptul că multe dintre problemele umane s-ar putea datora *modului* în care este interpretată informaţia în sistemele multiple şi paralele de procesare. Aceste sisteme multiple au priorităţi diferite, pot fi conflictuale şi pot intra în concurenţă (Dalgleish, 2004). De exemplu, a fost făcută o distincţie între sistemele cognitive propoziţionale şi cele implicaţionale (Power şi Dalgleish, 1997 ; Teasdale şi Barnard, 1993), care, cu riscul de a simplifica prea mult, se leagă de judecata raţională şi, respectiv, de judecata emoţională. După cum afirma Teasdale (1997, p. 146), la nivel propoziţional, gânduri de genul „sunt inutil" sunt pur şi simplu afirmări ale unei convingeri – propoziţii ce se referă la sine ca obiect. La nivel implicaţional, o astfel de declaraţie reprezintă o activare intensă a emoţiilor şi amintirilor asociate cu experienţa respingerii şi a ruşinii.

Există de asemenea un număr tot mai mare de dovezi potrivit cărora unele judecăţi sunt rezultate ale unor sisteme de interpretare foarte *rapidă* a informaţiei, sunt concepute mai degrabă pentru viteză decât pentru acurateţe. Epstein (1994) şi Epstein, Lipson, Holstein şi Huh (1992) le-au numit sisteme *experienţiale*. Aceste sisteme experienţiale de interpretare au *încorporate în structura*

lor anumite predispoziţii deoarece acestea sunt concepute să motiveze şi să dirijeze emoţional animalele, motivul fiind că de-a lungul timpului aceste sisteme au ajutat la supravieţuire şi reproducere (McGuire şi Troisi, 1998a). În plus, aceste sisteme de interpretare rapidă (module) folosesc euristica, fac apel la scurtături pentru a ajunge rapid la concluzii, folosesc informaţiile integrate, dar încă neprelucrate, se bazează pe emoţii şi pe modul în care este perceput un anumit lucru, sunt preconştiente şi adesea se bazează pe experienţa anterioară şi pe răspunsurile emoţionale condiţionate (Power şi Dalgleish, 1997). Sunt foarte influenţate de schemele interpersonale de tip sine-celălalt care pot afecta autoaprecierile exterioare conştiinţei (Baldwin şi Dandeneau, 2005). Astfel, anumite stări emoţionale şi dispoziţii interioare fac apel la modurile de funcţionare *foarte rapide* şi se bazează pe sistemele (modulele) primitive, timpuriu dezvoltate, de tipul estimare-răspuns, posibil cifrate la nivel limbic şi sublimbic (Panksepp, 1998).

Putem reprezenta aceste idei printr-un model simplu care ia în calcul interacţiunea dintre sistemele rapide şi automate şi sistemele lente şi mult mai controlabile în mod conştient, după cum se poate vedea în figura 2.1. Aceasta nu este altceva decât o conturare generală. Ştim că, oricum, codul genetic, condiţionarea, dietele şi exerciţiul fizic, tulburările precum cele ale glandei tiroide şi diabetul pot avea toate un impact asupra proceselor fiziologice care afectează dispoziţiile şi stilurile de gândire. În egală măsură, stările afective afectează şi sunt afectate de modul în care judecăm lucrurile. Tocmai aceste interacţiuni sunt fundamentale şi, pentru înţelegerea cât mai clară a depresiei, aceste aspecte speciale ale modului în care funcţionăm trebuie luate în considerare. Căile prin care am putea încerca să schimbăm un proces ce afectează stările şi procesele automate ale creierului, cum ar fi prin intermediul dietelor alimentare şi exerciţiilor fizice, prin tratarea diabetului sau orientarea către răspunsuri emoţionale condiţionate, sunt evident diferite de cele ale unei abordări (să spunem) cognitive, care se centrează pe ideile de care dispunem în mod conştient şi pe tipurile comportamentale. Astfel, de fiecare dată, încercăm să funcţionăm în mod realist.

Sferele nivelurilor multiple ale minților noastre

Există multe moduri prin care putem analiza niveluri multiple ale minții noastre și efectele acestora în cazul depresiei. Abordarea mea începe prin reflectarea asupra modului în care a fost construită mintea prin evoluție pentru a realiza anumite lucruri și pentru a asigura anumite obiective. Aceasta presupune să ne concentrăm pe sistemele psihologice dezvoltate și să luăm în considerare modul în care aceste sisteme interacționează. Părerea mea este că de fapt există cel puțin patru domenii de funcționare care pot fi delimitate (Gilbert, 1984, 1989, 1993, 1995a, 2005a):

1. prelucrarea primară a situațiilor de pericol și siguranță;
2. căutarea și formarea rolului;
3. abilități simbolice și metacognitive;
4. formarea identității care depinde de disponibilitățile pentru anumite tipuri de conștiințe de sine și care duce în cele din urmă la apariția unei idei asupra sinelui „care este", „care poate" sau „care ar vrea să fie".

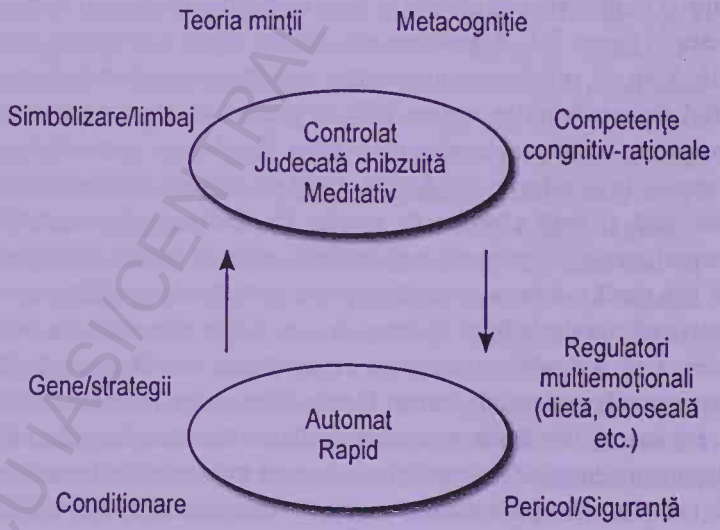


Figura 2.1. *Procese ce afectează interacțiunile automate și controlate*

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Ceea ce vreau să spun este faptul că depresia denotă anumite modele de organizare a acestor domenii diferite. Aşadar, acest capitol prezintă o scurtă trecere în revistă a acestor aspecte ale minţii noastre. Capitolele ulterioare vor explora fiecare domeniu mult mai detaliat. Acum, fiind înarmaţi cu aceste cunoştinţe, dispunem de un fel de hartă care ne poate fi utilă în explorarea complexităţii depresiei şi pentru a vedea cum putem să adaptăm intervenţia în funcţie de individ. Vom fi capabili să vedem cum putem împleti aspectele cognitive, existenţiale, comportamentale, emoţionale şi relaţionale pentru a înţelege motivul pentru care poate fi util să ajutăm persoanele deprimate să adopte raţionamente, comportamente şi sentimente de compasiune faţă de sine (Capitolul 11). Într-adevăr, după cum vom vedea pe măsură ce vom merge mai departe, centrarea pe compasiune este fundamentală pentru modul în care lucrez cu persoanele deprimate. Primul punct care trebuie clarificat este acela că depresia este o problemă legată de ameninţare şi de procesarea ameninţării. *Ameninţarea se află în centrul experienţei depresive*. Dacă se pierde din vedere acest fapt fundamental şi se priveşte depresia ca fiind legată *doar* de convingeri sau cogniţii, atunci terapia şi relaţia terapeutică pot deveni îndoielnice.

Interpretarea ameninţării principale şi legăturile acesteia cu emoţiile negative

Putem începe povestea evoluţiei structurii creierului prin a menţiona faptul că toate animalele, de la bacterii la peşti şi mergând către mamifere şi oameni, trebuie să aibă un anumit mod de a decide ce anume oferă siguranţă şi ce nu. Aceasta este o caracteristică fundamentală a structurii oricărei vietăţi. Nici un comportament nu poate fi activat fără o anumită atenţie asupra acestei caracteristici. Indiferent cât de mult evoluează inteligenţa noastră, ameninţarea şi siguranţa constituie mereu preocupări majore

(Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer şi Vohs, 2001). Într-adevăr, ne folosim adesea inteligenţa pentru a putea face faţă ameninţărilor şi pentru a face lumea înconjurătoare mai sigură sau mai favorabilă nevoilor şi dorinţelor noastre.

Aşadar, toate animalele trebuie să aibă un anumit mod de a decide ce anume este lipsit de pericol şi ce nu, iar modalităţile prin care pot face asta sunt fundamentale în structura tuturor vieţuitoarelor. Când apar ameninţările, animalele trebuie să fie capabile să răspundă pe măsură. Dacă un animal se confruntă cu un prădător, atunci cel mai bun lucru ar fi să se sperie şi să fugă. Dacă cineva încearcă să-ţi ia ceva, te frustrează sau te tratează incorect, atunci cel mai bun lucru ar putea fi să te înfurii, să exprimi agresivitate şi să-l înfrunţi. Dacă cineva se confruntă cu o persoană mult mai puternică, atunci cel mai bun lucru pentru acesta ar fi să se teamă şi să adopte o atitudine supusă. Dacă cineva dă peste o substanţă nocivă, atunci sentimentul de repulsie care ne face să ne retragem şi să păstrăm distanţa ar putea fi util. Dacă cineva a ingerat o substanţă toxică, atunci cel mai bun lucru ar fi să vomite.

Baumeister şi colaboratorii (2001) au analizat un număr însemnat de dovezi care sugerează faptul că creierul este extrem de sensibil la pericole deoarece nereperarea unei ameninţări majore (de exemplu, un prădător sau alt factor de agresiune) poate avea consecinţe mult mai grave decât omiterea a ceva posibil pozitiv precum o sursă de hrană sau posibilitatea împerecherii. Suntem înzestraţi cu mai multe sisteme de procesare a situaţiilor ameninţătoare decât a situaţiilor pozitive; în situaţiile ambigue căutăm mai întâi indiciile de pericol şi selectăm mult mai rapid acest tip de indicii decât pe cele pozitive. Amintirile negative/dureroase pot fi, în multe situaţii, mult mai puternice decât cele pozitive. Astfel, creierul acţionează după regula *siguranţa înainte de toate* (Gilbert, 1998b).

LeDoux (1998) a subliniat că faptul că oamenii au dezvoltat cel puţin două căi cerebrale de detecţie, decodare şi de răspuns la stres. Una se realizează prin sistemul de procesare rapidă din cadrul sistemului amigdalei şi talamusului ce declanşează o reacţie

de stres. Acestea căi sunt foarte sensibile la semnalele senzoriale. De exemplu, mergând pe un drum, cineva vede ceva mişcându-se şi se fereşte rapid având un gând reflex că este vorba despre un şarpe. Gândul este automat, generat de zona subcorticală a creierului. Aceste sisteme cerebrale subcorticale sunt extrem de sensibile la învăţare/condiţionare (Rosen şi Schulkin, 1998). O altă cale de procesare (deosebit de importantă pentru oameni) este una mai lentă ce se realizează prin cortex şi care poate diminua şi reevalua ameninţarea („am crezut că acea formă de pe pământ era un şarpe, dar de fapt este o bucată de sfoară") sau poate amplifica o ameninţare prin intermediul convingerilor, sau chiar să creeze ameninţări noi (de exemplu, credinţele în supranatural).

De îndată ce ameninţarea fost detectată, există o întreagă paletă de opţiuni (Gilbert, 1989, 1993, 2001a ; Marks, 1987) de adaptare şi răspuns care sunt localizate în sistemele de acţionare rapidă. Suntem înzestraţi cu o serie de emoţii (de exemplu, furie, anxietate, dezgust) şi comportamente (de exemplu, lupta, fuga, respingerea, supunerea) ce ne vin în ajutor pentru a putea face faţă *diferitelor tipuri* de ameninţare. Aceste sisteme şi posibilităţi au fost concepute pentru *a ne proteja*. Acestea au evoluat de-a lungul multor milioane de ani, se regăsesc la multe alte animale şi sunt parte a structurii cerebrale înnăscute. Aşadar, o altă modalitate de a privi această situaţie este aceea de a sugera faptul că anxietatea (fuga, evitarea), furia (atacul) şi dezgustul (respingerea, evitarea) fac parte din strategiile de protecţie ale creierului. O strategie este un model fundamental de tipul detecţie-răspuns sau o regulă înnăscută ce urmează un pattern de tipul „dacă A face B ; dacă C face D etc.". Aceste strategii sunt centrate pe ameninţare şi pe căutarea securităţii. Emoţiile în acest caz sunt manifestări ale unor cunoştinţe înnăscute legate de anumite semnale (Greenberg, 2002 ; Loewenstein, Weber, Hsee şi Welsch, 2001).

Putem detalia în continuare această poveste amintind faptul că unele strategii de *protecţie* intensifică în mod automat activitatea (pentru a ne ajuta să fugim sau să luptăm), iar, în schimb, alte sisteme induc o dezactivare sau demobilizare automată (în afara

controlului conștient) (Beck, Emery și Greenberg, 1985; Gilbert, 1989, 1993, 2001a). În plus, unele strategii de protecție sunt concepute pentru a fi utilizate într-un context social. De exemplu, comportamentul supus nu este potrivit atunci când ne confruntăm cu un leu sau când am mâncat o mâncare alterată; fuga și vomatul sunt mai indicate. Dar comportamentul supus poate fi util atunci când ne confruntăm cu o altă persoană mai puternică ce poate înțelege respectivul comportament și poate răspunde supunerii noastre prin faptul de a nu ne mai ataca. Așadar, strategiile de alertare în cazul unei amenințări și cele de căutare a siguranței pot fi active sau pasive, sociale sau nonsociale și pot fi activate foarte rapid (Gilbert, 1989, 1993, 2001a).

Odată ce am înțeles aceste strategii fundamentale de protecție ce sunt codate adânc în creierul nostru, următoarea întrebare care se pune este cum sunt acestea activate sau dezactivate? Un răspuns este acela că există anumiți stimuli naturali ce le activează sau dezactivează, dar și învățarea precum și (în cazul oamenilor) modul în care „gândim" și dăm sens anumitor situații le pot activa sau dezactiva (Beck, 1987; Beck *et al.*, 1985; Gilbert, 1984, 1992, 2004). Ceva mai târziu vom discuta despre învățare și gândurile noastre în raport cu amenințările. De remarcat este faptul că atunci când (să spunem) anxietatea este activată, odată cu aceasta în creierul și corpul nostru este activată o întreagă paletă de răspunsuri (de exemplu, ritmul bătăilor inimii se intensifică, este eliberat hidrocortizonul din glandele adrenale), iar aceste răspunsuri sunt de asemenea asociate cu anumite tipuri de gândire.

Multe dintre aceste componente defensive sunt puse în funcțiune prin intermediul zonelor cerebrale „primitive" precum amigdala. Aceasta culege indiciile senzoriale care stimulează activarea amintirilor și alertează cortexul asupra posibilelor pericole și asupra necesității unei „verificări". Dacă apare o amenințare, axa hipotalamic-pituirar-adrenală (HPA) și sistemele nervoase simpatic și parasimpatic sunt activate pentru a pregăti acțiunile defensive și a da corpului posibilitatea să acționeze în această direcție. Există

multe dovezi potrivit cărora multe componente ale sistemelor defensive (automate şi rapide) sunt deosebit de active în cazul depresiei. Acesta lucru s-a remarcat în cadrul unor studii ale efectelor depresiei ce puneau în evidenţă sensibilitatea crescută a amigdalei, numărul crescut de răspunsuri din partea HPA, cum ar fi nivelul hidrocortizonului, dar şi schimbările ce au loc în sistemele nervoase simpatic şi parasimpatic (Numeroff, 1998). Nivelul scăzut de serotonină are de asemenea un rol important în sensibilitatea crescută faţă de ameninţări şi emoţii negative, iar unele tipuri de depresie sunt asociate cu un nivel scăzut al serotoninei. Astfel de descoperiri în patternurile *stărilor creierului* în cazul depresiei ne ajută să explicăm din ce cauză o parte a emoţiilor de răspuns la pericol (sentimente puternice de anxietate, furie, iritabilitate, dezgust, tristeţe şi spaimă) sunt obişnuite în experienţa depresiei (vezi Thase, Jindal şi Howland, 2002, şi Davidson, Pizzagalli şi Nitschke, 2002, pentru descrieri complete). Siegle, Carter şi Thase (2006) au remarcat faptul că persoanele deprimate prezintă o sensibilitate crescută a amigdalei, aceasta însemnând că sunt extrem de atenţi la pericole. Interesant este faptul că această sensibilitate determină şi răspunsul la terapia comportamental-cognitivă. O astfel de terapie este utilă deoarece poate acţiona asupra formelor de procesare a ameninţării şi îi ajută pe oameni să-şi echilibreze emoţiile legate de pericol. Mesajul principal este acela că *depresia reprezintă o stare de procesare intensă a ameninţării*.

Elementul principal care trebuie luat în seamă de psihoterapeut este acela că experienţele depresiei *apar* din aceste patternuri ale stării creierului (Gilbert, 1984, 1992). În plus, pericolul ne blochează şi îngustează atenţia, concentrând-o asupra pericolului şi pe acţiuni defensive. Dacă fugi de un leu, nu trebuie să te concentrezi la cât de frumoşi sunt copacii pe lângă care treci. În acest caz, stările de pericol ale creierului *ne vor îngusta atenţia şi gândirea* pe măsură ce intrăm într-un mod de procesare de tipul „siguranţa înainte de toate" (Gilbert, 1998b; Tobena, Marks şi Dar, 1999). Conceptele referitoare la stările creierului ne ajută să înţelegem unele dintre problemele cognitive ale depresiei în termeni de capacitate de

concentrare deficitară, gândire în alb şi negru (nuanţele fiind percepute ca riscante), atenţie concentrată pe pericol şi pe lucruri negative, reamintire mai rapidă a întâmplărilor negative şi pierdere a abilităţilor pentru anumite tipuri de rezolvare a problemelor.

Apărare, protecție şi căutarea securității *versus* sentimentul de siguranță

O distincţie importantă ce trebuie remarcată, deoarece constituie un aspect esenţial pentru abordarea ce urmează a fi conturată, este cea care pune în contrast mecanismele de apărare, protecţie şi căutare a securităţii cu sentimentul de siguranţă (Gilbert, 1989, 1993, 2005a). Există diferite niveluri ale acestor procese fundamentale. Primul, şi anume *căutarea securităţii*, corespunde unor comportamente defensive precum lupta, fuga, evitarea, imobilizarea, supunerea şi reîntoarcea la o „zonă sigură", comportamente ce sunt declanşate de stimuli sau evenimente specifice. Aceste comportamente sunt concepute pentru *protecţie* sau pentru limitarea pierderilor în situaţii periculoase. Ele pot fi condiţionate automat şi cu uşurinţă (Rosen şi Schulkin, 1998).

Atunci când anticipăm un pericol, ne putem *concepe planuri* pentru evitarea acestuia. Agorafobia este un caz clasic de anticipare a pericolelor, inclusiv anticiparea faptului de a i se face teamă la un nivel insuportabil, evitând astfel să iasă din casă. În orice caz, multe persoane deprimate anticipează că nu vor fi capabile să facă faţă anumitor situaţii şi adoptă un comportament de evitare. Un exemplu de comportament de siguranţă planificat este şi faptul de a avea oricând tranchilizante în buzunar (Salkovskis, 1996a, 1996b). Aceste comportamente reglează în mod direct activitatea în sistemele de răspuns la pericol prin faptul că, dacă sunt realizate cu succes, persoana respectivă ar putea să se simtă oarecum în siguranţă. Cu toate acestea, orice blocaj care apare în strategiile de securitate poate reactiva sistemele de răspuns la pericol. În

schimb, atunci când persoana este desensibilizată faţă de frică/pericol, anumiţi stimuli nu vor mai declanşa acelaşi răspuns la pericol, deoarece persoana procesează *ameninţarea însăşi* într-un mod diferit. Aşadar, reţeaua de strategii de siguranţă, precum rămânerea într-o stare de vigilenţă faţă de un posibil pericol şi de a fi pregătit cu comportamente de securitate defensive, este dezactivată. În acest context, o persoană se poate simţi relativ în siguranţă chiar şi sub influenţa unor foşti stimuli ameninţători. Aceştia ar putea ajunge chiar să-i placă persoanei respective (de exemplu, unui agorafob ar putea să înceapă să-i placă ieşirile în exterior, unei persoane depresive ar putea să-i facă plăcere să socializeze din nou în locurile care înainte i se păreau prea ameninţătoare). În copilărie, tranziţia de la frica (normală) şi comportamentele de siguranţă către sentimente de siguranţă în explorare şi implicare depinde în mod fundamental de calmul indus de părinte şi de reperele sociale (Schore, 1994, vezi de asemenea şi capitolul 5 din acest volum). Relaţia terapeutică şi sarcinile acesteia pot juca un rol la fel de important în modul în care clientul parcurge drumul de la evaluări de tipul pericolului (de exemplu, de furie interioară sau de acţionare insistentă) şi comportamente de securitate către explorări şi adaptări, ajungând astfel să se simtă „în siguranţă" (Gilbert, 1989; Holmes, 2001).

Ar trebui să remarcăm totuşi că din moment ce o anumită stare de frică a fost învăţată, aceasta nu dispare. În schimb, atunci când cineva învaţă că o situaţie care îl sperie este de fapt una sigură, atunci se formează noi căi cerebrale (de exemplu, în cortexul frontal) care le acoperă sau le reglează pe cele „care guvernează frica". Astfel, în unele cazuri, dacă aceste căi noi sunt compromise, indiferent de motiv, atunci vechile temeri, deprinderi comportamentale şi stări mentale se pot întoarce. Din nefericire, nu putem explora aici toate implicaţiile noilor descoperiri, dar putem spune că acestea oferă o nouă perspectivă asupra reapariţiei reacţiilor emoţionale (Monroe şi Harkness, 2005). În plus, ar putea explica din ce cauză, odată ce oamenii devin depresivi, având un nivel ridicat al hormonilor de stres precum hidrocortizonul ce afectează cortexul

frontal, aceştia se vor confrunta cu o revenire a temerilor asimilate anterior.

Al treilea nivel al pericolului este legat de convingerile privitoare la securitate. Salkovskis (1996a, 1996b) arată că dacă o persoană crede că urmează să facă un infarct şi se aşază sau se fereşte de o anumită situaţie, atunci aceasta ar putea atribui absenţa infarctului nu greşitei interpretări a senzaţiilor din corpul lui, ci comportamentelor sale de siguranţă. Deci persoana crede că tocmai faptul că s-a aşezat sau că s-a ferit de o anumită situaţie i-a salvat viaţa. Aceste persoane nu realizează faptul că senzaţiile prezente în propriul corp, cu toate că sunt neplăcute, nu reprezintă ameninţări majore. Terapia este aşadar centrată pe ajutarea oamenilor în a-şi schimba aceste convingeri (vezi Thwaites şi Freeston, 2005).

Deci convingerile (şi supoziţiile) legate de securitate în cazul depresiei sunt ceva mai complexe, deoarece sunt adesea centrate pe ameninţări *sociale* şi ar putea fi susţinute de unele întâmplări din copilărie. De exemplu, o convingere de genul „doar dacă muncesc din greu şi realizez multe vor fi interesaţi oamenii de mine şi nu mă vor abandona", „doar dacă sunt supus şi îi plasez pe alţii pe primul loc, doar atunci aceştia mă vor plăcea" sau „doar dacă nu-mi manifest furia oamenii nu mă vor respinge" implică atât ameninţarea, cât şi modul de a o gestiona. Aşadar, dacă o persoană îşi dă seama că alţii o plac, aceasta atribuie faptul nu stilului său plăcut, ci comportamentului său de siguranţă, de exemplu, acela de a fi supus. Şi cu siguranţă, dacă această persoană va avea ocazia să-şi manifeste furia sau să nu mai fie supusă, angajându-se astfel în conflicte cu ceilalţi, va atribui acest fapt nu conflictelor normale ce au loc în diverse relaţii, ci nevoii ei de revigorare a propriilor comportamente de securitate – adesea simţindu-se mai resentimentală în timpul acestui proces.

Esenţa celor spuse mai sus este aceea că în cazul multor tulburări, inclusiv în cadrul depresiei, sunt obişnuite strategiile de protecţie centrate pe pericol, eforturile de limitare a pierderilor şi diverse convingeri referitoare la securitate. După cum vom vedea în capitolele următoare, aceste strategii de securitate pot

acţiona la niveluri *automate* (de exemplu, mecanismele de apărare înnăscute utilizate în adaptarea la pierderea controlului, la separare şi la înfrângeri sociale), la nivelul *comportamental* al evitării şi la nivelurile mai *social-cognitive* ale autoreprezentării şi identităţii de sine. Ideea principală este aceea că persoana deprimată nu-şi poate crea un sentiment de siguranţă şi relaxare. Spre deosebire de cea mai mare parte a tulburărilor anxioase, în care cei afectaţi îşi pot ameliora starea dacă ies din conjunctura ameninţătoare, persoanele deprimate nu au această posibilitate, iar sentimentul de eşec şi de teamă îi însoţeşte în permanenţă. Dacă experienţa siguranţei (sau experienţa lipsei de siguranţă) este importantă în cadrul depresiei, atunci trebuie să analizăm acest aspect în detaliu.

Sentimentul de siguranță și emoțiile pozitive

Depresia implică de asemenea şi o diminuare a emoţiilor pozitive, fapt care afectează atât sistemele de procesare automată rapidă, cât şi pe cele mai lente. Unele emoţii pozitive au apărut pentru a ne încuraja să căutăm şi să consumăm lucruri care sunt favorabile supravieţuirii, reproducerii şi prosperităţii noastre (Panksepp, 1998). Fredrickson (1998) observa faptul că emoţiile şi dispoziţiile pozitive au fost mai puţin studiate decât cele negative şi că există diferenţe majore între emoţiile pozitive şi cele negative. Emoţiile pozitive tind să se centreze pe dezvoltare, să crească atenţia, să ne ajute să ne revenim din stres şi din evenimentele negative şi au mult mai puţine manifestări specifice (comparativ cu emoţiile negative) asociate. Într-adevăr, există dovezi potrivit cărora emoţiile pozitive au consecinţe multiple asupra proceselor cognitive şi sociale (Ashby, Isen şi Turken, 1999; Fredrickson, Tugade, Waugh şi Larkin, 2003). Fredrickson (1998) şi Gilbert (1989) consideră că emoţiile pozitive construiesc şi consolidează relaţiile şi stimulează comportamentul de apropiere prin semnalarea sentimentului de siguranţă interpersonală. Când ne simţim în siguranţă,

creierul ne este organizat în moduri diferite având diferite strategii centrate pe atenție și moduri de procesare a informației integrative (Gilbert, 1993).

Dacă depresia este legată de o problemă a emoțiilor pozitive, atunci trebuie să vedem cum funcționează emoțiile pozitive și care sunt legăturile acestora cu sentimentele de siguranță și de mulțumire (Gilbert, 1989). Când facem aceasta, descoperim o serie de informații surprinzătoare și profund edificatoare în privința sistemelor de emoții pozitive și care fac multă lumină în problema depresiei. Prima este constatarea faptului că există *două tipuri* de sisteme afective pozitive (Depue și Morrone-Strupinsky, 2005). Unul ne dă sentimentul de impulsionare și vitalitate de a căuta stimuli și lucruri pozitive, iar celălalt acționează după ce am obținut satisfacția și nu mai este nevoie să căutăm alte lucruri (oprește căutarea și impulsul) – suntem mulțumiți. Ambele sisteme „au fost împrumutate" și folosite de către evoluție pentru a regla comportamentul în privința relațiilor sociale.

Nu numai că relațiile pot să ne activeze – le căutăm și simțim un tremur interior atunci când începem o nouă relație de dragoste sau când suntem aleși să facem parte dintr-o echipă –, dar sistemele de satisfacere au evoluat de asemenea într-un sistem care înregistrează semnalele de grijă, dragoste și afecțiune (Carter, 1998; Wang, 2005). Când semnalele de afiliere și de dragoste declanșează acest sistem, ne simțim liniștiți de susținerea, amabilitatea și grija celorlalți. Grija celorlalți poate fi liniștitoare și calmantă. Aceste sentimente sunt puternic legate de sentimente de mulțumire, siguranță și de stare de bine și reglează atât căutarea impulsului, cât și sistemele de răspuns la pericol. Deși neuroștiința este complexă, iar aceste sisteme sunt în permanentă stare de reglare reciprocă, un model simplificat al acestor trei sisteme de emoții este oferit în figura 2.2.

Astfel că întrebările noastre sunt: „Cum sunt constituite aceste sisteme?", „Cum interacționează ele?", „Cum funcționează în cadrul depresie?".

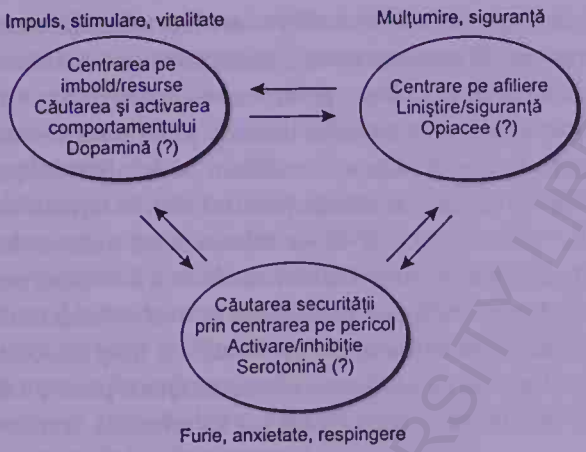


Figura 2.2. *Tipuri de sisteme afective*

Preluată din Gilbert 2005a, p. 26, reprodusă cu permisiunea editurii Routledge.

Sistemele de activare

Aşa cum s-a observat, un tip de sistem afectiv pozitiv se centrează pe a face/a obţine şi pe anticiparea recompenselor/succeselor. Acest sistem poate fi dopaminergic şi e excitant şi activator (Depue şi Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998). Oamenii, ca şi animalele, sunt determinaţi să caute anumite tipuri de resurse, de exemplu, să caute mâncare şi sex, dar şi lucruri care sunt asociate cu acestea sau care conduc la ele. Pentru a le căuta trebuie să fim motivaţi, energizaţi şi activaţi, cercetându-ne mediul pentru a le găsi (Panksepp, 1998). Când acest tip de sisteme afective pozitive este pornit, ne simţim stimulaţi şi anticipăm recompense şi plăceri.

Droguri precum amfetamina afectează acest sistem, iar emoţiile sunt percepute ca energizante şi activatoare. În viaţa de zi cu zi, când căutăm lucruri pe care am dori să le facem sau să le avem, când facem lucruri care ne dau un sentiment de împlinire sau când aşteptăm nerăbdători să facem ceva, este implicat acest sistem. Atenţia poate fi limitată de acest sistem, ca atunci când devenim

fixați pe un scop sau pe un imbold pe care îl urmăm. Ei bine, pentru unele persoane depresive, acest sistem pare că s-a diminuat și e posibil să fie nevoite să lupte pentru a percepe energia, vitalitatea sau motivația de a face anumite lucruri. Când ajutăm oamenii să facă lucruri care să le dea un sentiment de împlinire, sperăm că vom obține o izbucnire de emoție pozitivă sau, în termeni comportamentali, vom fi capabili să le intensificăm comportamentele recompensate pozitiv. Într-adevăr, unele teorii comportamentale sunt de fapt cunoscute sub numele de *activare* comportamentală (Martell, Addis și Jacobson, 2001). Totuși, în timp ce acestea sunt utile, unii clienți au de asemenea nevoie de ajutor pentru a dezvolta un alt tip de emoție pozitivă care *nu* se referă la activare, ci la liniștire.

Sistemele de liniștire

Neuroștiințele au scos la iveală faptul că suntem înzestrați cu un sistem de emoții pozitive foarte diferit care funcționează împreună cu sistemul de activare și, în parte, îl reglează. Acest sistem de afecte este legat mai ales particular de bucuria, aprecierea și plăcerea de a consuma lucruri și ele pot sta la baza sentimentelor de satisfacție și mulțumire. Aceste sentimente sunt legate de hormoni neuronali precum oxitocina și opiaceele (Depue și Morrone-Strupinsky, 2005). În mod clar este important ca, odată ce am obținut ceva, să ne putem relaxa și *bucura* de acel ceva. A consuma și a te bucura de ceva înseamnă a nu te simți în pericol sau în căutare. Astfel, aceste sisteme pot fi diminuate.

Evoluția se folosește adesea de sistemele care sunt deja disponibile, le folosește în moduri noi și le modifică. S-a dovedit că acest sistem de opiacee asociat cu satisfacția s-a adaptat pe parcursul evoluției comportamentului de atașament și cu un hormon numit oxitocină. Acest sistem se face răspunzător de modul în care o mamă se atașează de copilul ei, are grijă de el și îl liniștește. Comportamentul de liniștire/grijă al mamei activează de asemenea

aceste sentimente la copil, calmându-l şi oferindu-i percepţia siguranţei. Deci acest sistem este de asemenea legat în mod special de liniştirea socială, astfel că semnalele sociale de afiliere şi de grijă au calitatea de a linişti, şi implică hormoni neuronali precum oxitocina şi opiaceele (Carter, 1998; Depue şi Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998; Uvänss-Morberg, 1998). Semnalele şi stimulii de genul mângâierii, îmbrăţişării, tonului vocii, expresiilor faciale şi susţinerii sociale sunt stimuli *naturali* care activează acest sistem (Uvänss-Morberg, 1998; Wang, 2005). Droguri precum heroina pot stimula acest sistem, iar sentimentele pozitive sunt mai puţin unele de activare şi de energizare, cât mai degrabă de calm, linişte şi stare de bine. Ele pot să însoţească sentimente de conectare cu ceilalţi, de siguranţă şi mulţumire.

Depue şi Morrone-Strupinsky (2005) leagă aceste două stări emoţionale pozitive diferite de reglare de tipuri diferite de comportament social. Ei disting asocierea de acţiune şi de sociabilitate. Acţiunea şi sociabilitatea sunt legate de control şi de dorinţa de a realiza, de dominarea socială şi de evitarea (legată de pericol) respingerii şi izolării. Deci când oamenii caută să obţină aceste efecte au nevoie de impulsionare şi energie. Blocajele care se află pe drumul către aceste scopuri pot fi percepute ca ameninţări. Spre deosebire de acestea, afilierea şi interacţiunile de afiliere au un efect mult mai calmant asupra participanţilor, modifică pragurile de durere, sistemele imunitar şi digestiv, şi acţionează prin intermediul unui sistem oxitocină-opiaceu. Există din ce în ce mai multe dovezi că oxitocina este legată de susţinerea socială şi amortizează stresul; cei care au un nivel de oxitocină mai scăzut, au şi o reacţie mai intensă la stres (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum şi Ehlert, 2003). Deci dovezile arată că există posibilitatea ca acest sistem oxitocină-opiaceu să fie legat în mod special de liniştire şi calmare şi să regleze producerea hidrocortizonului, hormonul de stres (care, aşa cum am văzut, are valori crescute în cazul depresiei) (Carter, 1998; Depue şi Morrone-Strupinsky, 2005; Field, 2000; Wang, 2005). Poate fi deci privit ca parte a sistemului de satisfacţie şi siguranţă (Gilbert, 1989, 1993, 2005a).

Problemele care pot să apară ca urmare a diminuării acestui sistem emoțional pot fi legate de sentimentul de însingurare fizică și emoțională, de lipsă a conexiunii cu ceilalți, de ruptură de ei.

Unele persoane depresive întâmpină multe dificultăți în a se simți mulțumite, în siguranță și conectate din punct de vedere social. Ei pot vedea viața ca pe o bătălie continuă pentru a merge mai departe, pentru a obține ceva, pentru a evita erorile sau a nu ceda. Ei pot avea o viziune puritană, considerând că este ceva în neregulă cu a fi relaxat și a te bucura pur și simplu de ceva sau de a face lucrurile doar din plăcerea de a le face. Relaxarea și distracția îi neliniștesc. Unii oameni nu se simt liniștiți când cineva se poartă frumos cu ei sau când sunt lăudați, pentru că asociază aceste comportamente cu ideea că vor fi folosiți ori că nu merită așa ceva.

Putem să ne folosim de aceste lucruri în cadrul terapiei, împărtășindu-le cu persoanele depresive. Am tendința de a le vorbi oamenilor despre cele trei cercuri ale afectelor și de a atrage atenția asupra modalității prin care sistemele lor de impulsionare și amenințare pot fi hiperactive sau interactive (de exemplu, „mă străduiesc să realizez lucruri ca să evit critica și respingerea, dar probabil trebuie să mai lucrez la sentimentele de liniștire și mulțumire" ; a se vedea capitolul 11). Persoanele care provin din medii în care au fost neglijate sau abuzate e posibil să aibă puține experiențe în care să se fi simțit alinați de către alții, iar astfel de sentimente pot să-i sperie (Gilbert și Procter, 2006).

Interacțiunile

Dar nu trebuie să ne axăm pe neurobiologia acestor sisteme, ci mai degrabă să ținem cont de faptul că trebuie lucrat asupra *mai multor tipuri de emoții pozitive* în cadrul tratării depresiei. Deci, pentru a recapitula, figura 2.2 ne arată că suntem înzestrați cu *un sistem de răspuns la pericol* care este conceput să detecteze și să răspundă la pericole. Acest sistem va face legătura cu diverse emoții centrate pe siguranță/apărare precum anxietatea, furia și

repulsul, modalităţi de a direcţiona atenţia, gândirea şi comportamentele. Poate fi activat cu uşurinţă deoarece, la fel ca multe vieţuitoare, noi acţionăm adesea conform regulii „siguranţa înainte de toate" (Gilbert, 1998b). El poate întrerupe cu uşurinţă emoţiile pozitive. De exemplu, dacă în timp ce te bucuri de un prânz în parc apare brusc un tigru scăpat de la grădina zoologică, este inutil să continui să te bucuri de prânzul tău ca să nu devii tu însuţi prânzul lui. Lucru de care ai nevoie este un sistem de acţiune rapid care să întrerupă orice preocupare şi interes pozitiv legat de prânz şi care să te impulsioneze spre fugă.

Toate sistemele din creierul nostru operează *prin influenţă reciprocă*. Ele operează ca sisteme interactive. De aceea este mai bine să ne gândim în termeni de patternuri organizatoare decât în termeni de sisteme independente. Punctul esenţial aici este că a fi capabil să te bucuri de ceva şi să te simţi în siguranţă nu este doar semn de activitate scăzută a unui sistem de răspuns la pericol, ci depinde de un tip de sistem şi semnale emoţionale pozitive (Gilbert, 2005a). Atenuarea emoţiilor pozitive poate să apară în mod natural atunci când ne confruntăm cu ameninţări care să aibă un sens anume din perspectiva evoluţiei şi cărora simţim că nu le putem face faţă. Pe acestea le vom analiza în capitolul următor, dar putem spune de pe acum că ele includ pierderea controlului, pierderi sociale şi înfrângeri (Beck 1987 ; Gilbert, 1984, 2004). Aceste evenimente activează ceea ce eu numesc *patternuri de răspuns psihobiologic* ale creierului, deoarece am evoluat astfel încât să putem răspunde la astfel de ameninţări prin modalităţi protectoare (Gilbert, 1984, 2006a). Ideea centrală este deci că persoane depresive diferite vor avea *patternuri diferite* în organizarea acestor sisteme afective fundamentale ; de exemplu, vor exista diferenţe individuale legate de gene şi de învăţare. Cu toate acestea, în esenţă, potenţialul pentru o stare de spirit scăzută (sisteme emoţionale pozitive atenuate) cu motivaţie redusă, sentimente de însingurare emoţională şi dificultăţi în a se simţi liniştit, cu accentul pus pe negativitate, poate fi văzut ca un *pattern psihobiologic al strategiilor de protecţie primitive* în contextul unor anumiţi factori generatori de stres. Important e ce anume le

declanşează, cum devin disfuncţionale şi ce anume va diminua emoţiile negative şi ce le va intensifica pe cele pozitive? Acestea sunt problemele pe care le vom avea în vedere pe parcursul acestei cărţi. Pentru moment, totuşi, să cercetăm mai atent problema depresiei şi să vedem dacă evoluţia ne poate oferi indicii ale motivelor pentru care persoanele depresive percep lumea în modul în care o fac. Să schimbăm nivelul şi să ne uităm la o altă funcţie a minţii noastre: crearea în comun a relaţiilor sociale.

Căutarea şi formarea rolului

Suplimentar capacităţii lor de a distinge pericolul de siguranţă, toate animalele trebuie să fie apte să se angajeze într-o varietate de comportamente sociale care le pot asigura siguranţa şi reproducerea. Cu alte cuvinte, ele au nevoie să relaţioneze cu alte animale în anumite moduri. Pentru a face aceasta, trebuie să aibă sisteme de procesare *speciale* care pot emite şi înţelege semnale emise de semeni pentru a crea împreună cu ei diferite tipuri de relaţii (roluri) (Buss, 2003; Gilbert, 1989, 1992, 2005a, 2005b). Astfel, de exemplu, anumite semnale transmise de alţii vor indica un potenţial partener sexual; alte semnale pot indica faptul că celălalt are intenţii agresive. Aceste semnale trebuie să fie detectate rapid şi date răspunsuri potrivite la ele. Multe animale, de la peşti la oameni, au în mod clar abilităţi de a înţelege comunicarea socială şi nu necesită sisteme cognitive de nivel ridicat. A fi receptiv la semnalele sociale şi afectat de acestea şi de mesajele celorlalţi este o trăsătură definitorie a minţii noastre, astfel că anumite semnale ne afectează stările fiziologice (Cacioppo, Berston, Sheridan şi McClintock, 2000). Dacă nu ar fi aşa, copilul mic ar trebui să înveţe că atingerea mamei sale şi tonul vocii ei reprezintă un semnal de siguranţă; ar trebui să învăţăm ce este stimulator din punct de vedere sexual. Deşi învăţarea este importantă, deţinem sisteme de interpretare înnăscute care dau sens acestor semnale şi ne organizează creierele după anumite patternuri (Buss, 2003; Gilbert, 1989).

Relațiile sociale importante

Există diferite roluri-cheie pe care noi ne simţim motivaţi să le creăm împreună cu alţii, deoarece, pe parcursul evoluţiei omului, aceste roluri s-au dovedit a fi de folos supravieţuirii şi reproducerii (Buss, 2003 ; Gilbert, 1989, 2005b). Acestea includ următoarele :

- *solicitarea îngrijirii*, care este esențială în faza timpurie a vieții. Pe măsură ce ne maturizăm, nevoile noastre pentru diferite tipuri de grijă se schimbă, iar semnele care ne ajută să ne simțim îngrijiți se schimbă şi ele. Totuşi, capacitatea de a ne simți îngrijiți, capacitatea de a ne linişti ca urmare a unor comportamente pline de atenție ale altora şi faptul de a şti că sunt persoane în jurul nostru cărora le pasă de noi şi de starea noastră de bine pot fi esențiale pentru a simți o stare de bine (Mikulincer şi Shaver, 2004);
- *acordarea îngrijirii* presupune motive de a fi plini de grijă şi diferite abilități de a fi sensibili la nevoile altora şi de a răspunde acelor nevoi în mod corespunzător (Fogel, Melson şi Mistry, 1986; Gilbert, 2005a);
- *cooperarea* implică motive de împărtăşire cu ceilalți, formarea unor alianțe reciproce, sentimentul de a fi parte a unui grup şi cel al apartenenței, sentimentul de a fi apreciat şi acceptat de ceilalți (Baumeister şi Leary, 1995).
- *competiția şi ierarhizarea* implică motive pentru a câştiga o competiție/un conflict în vederea obținerii de resurse, poziții sociale şi pentru a supune competitorii. Nu e necesar ca o competiție să fie agresivă, dar i se cere competitorului să se prezinte în aşa fel încât ceilalți să îl prefere. Noi *câştigăm* afecțiunea potențialilor iubiți, prieteni sau angajatori, obținem granturi de cercetare, câştigăm în situații în care ceilalți urmăresc aceleaşi lucruri. Competiția în situații de atragere (în contrast cu cele de supunere) implică conştientizarea a ceea ce oferă ceilalți (comparația socială) şi încercarea de a-i surclasa pentru a impresiona publicul cu care competitorul doreşte să relaționeze sau să se asocieze (Gilbert, 2005b), de exemplu, „alege-mă pe mine pentru că sunt mai bun decât el/ea";
- *sexualitatea* presupune motivația de a dezvolta relații sexuale şi de a-i implica pe ceilalți în aceasta.

Motivația de a crea împreună un rol poartă numele de scop biosocial. Modalitățile strategice de a gândi și planurile detaliate pentru a asigura un scop biosocial – un anumit rol – sunt denumite *mentalitate socială* (Gilbert, 1989, 1992, 2005a, 2005b). Activarea unui rol biosocial împreună cu sistemele de procesare corespunzătoare (mentalitatea socială) creează *patternuri de activare* în creier. Cum ar fi, de exemplu, atunci când vezi pe cineva la care ții că are probleme. O mentalitate de îngrijire-dăruire organizează patternurile mentale astfel încât să ne permită să fim sensibili la nevoile celuilalt și produce sentimente (de exemplu, compasiunea), gânduri și comportamente de ajutorare. Din contră, vezi pe cineva de care nu-ți place și/sau vrei să intri în competiție cu acea persoană sau o percepi ca dușman. În acest context, aspectele de acordare a îngrijirilor sunt înlăturate sau diminuate și ne centrăm pe modalitatea prin care putem obține un avantaj în fața celorlalți sau pe felul în care îi putem răni. Dacă suntem prea afectați de tristețea și sentimentele generate de suferința dușmanilor noștri, atunci există posibilitatea ca acest fapt să ne inhibe acțiunile agresive și am putea fi răniți de alții care ne vor răul. Bineînțeles că în lumea modernă aceste sisteme naturale de activare și dezactivare a sistemelor mentale în funcție de contextele sociale și convingeri sunt exact motivul pentru care avem problemele grave pe care le avem, deoarece din momentul în care o persoană este percepută ca amenințare, compasiunea pentru ea dispare. Astfel că trebuie să muncim serios pentru a rezolva aceste aspecte și să ne schimbăm perspectiva. Elementul-cheie care trebuie observat (și care este un concept la care ne vom întoarce de multe ori) este modul în care sunt organizate patternurile noastre mentale – cu unele elemente activate, iar altele dezactivate sau diminuate în funcție de scopul sau rolul social.

Pericolul, siguranța și rolurile sociale

Ce legătură au pericolul și siguranţa cu rolurile sociale? Răspunsul aici este că aceste roluri sunt atât de necesare supravieţuirii noastre şi stării noastre de bine încât a le urma şi a eşua reprezintă o ameninţare majoră. Aceasta sugerează că fiecare mentalitate socială este organizată astfel încât să creeze o reprezentare internă a sinelui şi a celuilalt şi apoi să alerteze sistemele de răspuns la pericol cu privire la anumite tipuri de evenimente. Acest aspect este subliniat în tabelul 2.1.

Pentru început putem observa cum fiecare mentalitate socială reprezintă sinele într-un aspect al unui rol şi pe celălalt în rolul complementar – „sinele ca…" şi „celălalt ca…". Când ne aflăm într-un rol de căutare a grijei, de exemplu, ne percepem pe noi înşine ca având nevoie de ceva de la alţii şi ne propunem să căutăm şi să generăm comportamente prin care să obţinem ceea ce ne dorim de la ei. Sunem atenţi la semnalele emise de ceilalţi că ne sunt *accesibili şi disponibili*. Când alţii se comportă faţă de noi cu grijă, ne putem simţi îngrijiţi şi alinaţi de către aceştia (în siguranţă). Totuşi, când sistemul de monitorizare culege informaţia că ceilalţi nu sunt accesibili sau disponibili (sau chiar sunt ostili), atunci activează sistemele de răspuns la ameninţare şi pune în mişcare o serie de strategii de protecţie şi siguranţă (vezi capitolul 5). În mod similar se întâmplă şi în cooperare. Când căutăm acceptare din partea celorlalţi şi sentimente de apartenenţă şi de apreciere, dacă aceştia trimit semnale că ne acceptă şi ne apreciază, atunci ne simţim în siguranţă. Totuşi, dacă ne transmit semnale că nu suntem acceptaţi şi că riscăm să fim excluşi, respinşi sau chiar persecutaţi, atunci intră în acţiune sistemele de răspuns la pericol. La fel se întâmplă şi în cazul competiţiei şi al obţinerii statutului social. Dacă eforturile noastre se încheie cu victorii, ne putem impune şi apăra (şi putem evita punerea noastră în poziţii nedorite de subordonare şi relativă neputinţă) – ne simţim satisfăcuţi. În zonele legate de atractivitate, dacă alţii fac alegeri în

favoarea noastră (dacă cei iubiți ne aleg pe noi, dacă prietenii noștri sunt interesați să socializeze și să se deschidă față de noi, dacă luăm examenele sau obținem granturile de cercetare), ne simțim pe calea cea bună și în siguranță. Din contră, dacă nu ne putem apăra pe noi înșine și suntem ținta bătăii de joc și a intimidării din partea celorlalți, acest lucru constituie un pericol foarte mare. Sau dacă, în competițiile legate de atractivitate, ceilalți îi aleg întotdeauna pe alții (persoana, prietenii, angajatorii pe care-i dorești te resping), atunci chiar dacă nu îți sunt ostili, sfârșești prin a te situa pe o poziție de subordonare, cu putere limitată de a influența mintea celorlalți în favoarea ta. În felul acesta, controlul și capacitatea de a crea diferite relații importante devine din ce în ce mai limitată – ceea ce reprezintă un pericol foarte mare. În depresie, procesarea pericolului este esențială, iar majoritatea persoanelor depresive se află în stări de pericol deoarece eforturile de creare a unor roluri sociale dorite sunt compromise.

Tabelul 2.1. *Legătura dintre obiectivele biosociale (solicitarea îngrijirii, acordarea atenției, cooperarea, ierarhia/statutul, sexualitatea) și mentalitățile sociale*

Roluri sociale	*Sinele ca...*	*Celălalt ca...*	*Monitorizarea pericolului/siguranței*
Solicitarea îngrijirii	având nevoie, căutând	furnizând, alinând	disponibilitate, acces
Oferirea atenției	furnizând, alinând	având nevoie, căutând	suferința celuilalt, empatie
Cooperarea	împărtășind, aparținând	împărtășind, aparținând	asemănare, înșelare
Ierarhia/ statutul	comparând puterea	comparând puterea	putere relativă, talente, abilități
Sexualitatea	atrăgător, atras	atrăgător, atras	atractivitate
Siteme motivaționale înnăscute (de căutare) cu o gamă de sisteme de procesare emoțională și cognitivă care trimit la „un sentiment al sinelui" – „sinele ca...".			

Adaptat după Gilbert, 1992, p. 140, reprodus cu permisiunea Psychology Press.

Aceste roluri formează de asemenea baza *nevoilor sociale umane.* Cu alte cuvinte, din ziua în care suntem născuţi, *avem nevoie de ceilalţi pentru a prospera.* Creierul uman este bine acordat la ceea ce fac şi simt ceilalţi în raport cu noi, iar acţiunile lor ajută la modelarea şi organizarea patternurilor psihobiologice din mintea noastră. Ameninţările majore la adresa nevoilor noastre sociale fundamentale de îngrijire şi sprijin activează sistemele responsabile de pericol şi protecţie, astfel încât devenim furioşi, anxioşi sau trişti – şi uneori suferim o diminuare a emoţiilor pozitive.

Adaptarea acestei perspective ridică întrebări importante asupra depresiei. Dacă cineva se simte ratat sau fără valoare, în ce măsură este acest fapt legat de stilurile de gândire şi cât de mult de dezvoltarea unui mod foarte competitiv de a încerca obţinerea poziţiei sociale? Acestea nu sunt, bineînţeles, aspecte care să se excludă reciproc. Cu toate acestea, teama şi pericolul asociate cu eşecul în rolurile sociale cheie sunt esenţiale, iar terapeutul trebuie să fie atent la acestea. Încercăm să înţelegem speranţele pe termen lung legate de eforturile unor oameni de a găsi o modalitate de a câştiga o poziţie socială apreciată şi disperarea de a se simţi neputincioşi în această privinţă. De asemenea este importantă şi o abordare prin intermediul „nevoilor emoţionale frustrate" a depresiei deoarece avem nevoie să punem întrebări legate de culturile noastre competitive. Nu numai că în zilele noastre culturile fragmentează comunităţile sociale care odinioară ofereau un sentiment al poziţiei sociale şi al apartenenţei, dar putem să ne gândim şi la posibilitatea că există procese culturale care împing oamenii să se judece pe ei înşişi în termeni din ce în ce mai duri şi mai competitivi – de câştigători sau învinşi, de a avea sau a nu avea, de a fi apreciaţi sau făcuţi de ruşine. Aceasta afectează nu numai construcţia identităţilor individuale, ci şi tipurile de societăţi pe care le construim – cele care se centrează pe grijă şi susţinere reciprocă (în acord cu nevoile noastre umane, aşa cum au evoluat acestea) *versus* cele care se bazează pe a câştiga avantaje din competiţie (Arrindell *et al.*, 2003).

Abilități simbolice și metacognitive

Majoritatea mamiferelor caută și răspund grijii pe care le-o acordă ceilalți, cresc pentru a intra în relații/roluri sexuale sau prietenii și manifestă prudență în legătură cu animalele mai puternice pe baza semnalelor și indiciilor provenite din mediu. Viețile lor emoționale sunt legate direct de modul în care se comportă și de felul în care alții se comportă față de ele. Din câte știm, ele nu se îngrijorează de faptul că dacă sunt prea grase partenerii lor sexuali îi vor evita sau că riscă un atac de cord. Totuși, evoluția umană a ajuns la capacitatea uimitoare de *a-și reprezenta interior lumea în imagini conștiente, fantezii, limbaj și simboluri* (Malik, 2000; Singer, 2006; Wells, 2000). Putem simți o dorință sexuală doar văzând ceva de natură sexuală (să spunem) la televizor, dar și în intimitatea propriilor locuințe prin fanteziile noastre (generate doar intern). Observați că propriile gânduri și fantezii pot să deruleze programul psihobiosocial care ne invadează cu un flux de excitare sexuală. Astfel că gândurile și imaginile pe care le creăm în mințile noastre pot activa sistemele și patternurile fiziologice de bază care au evoluat în mintea noastră. Aceasta este ceea ce ne face gândurile/imaginile și ruminațiile atât de puternice – și aceasta este esența modelului cognitiv – încât gândurile, imaginile și fanteziile noastre nu sunt neutre din punct de vedere fiziologic, ci au efecte fiziologice puternice (Beck *et al.*, 1985).

Să remarcăm și faptul că suntem ființe care utilizează simboluri. Putem deveni fericiți atunci când ne luăm examenele ori obținem un grad sau când ne simțim iubiți în momentul în care partenerul nostru își amintește de ziua noastră de naștere. Un grad universitar poate că nu are un înțeles natural prin sine însuși. El este mai curând un simbol care transformă semnificația asupra capacității unei persoane și este legat de roluri mai importante referitoare la gradul de acceptare a persoanei de către ceilalți, la sentimentul de apartenență (pot deveni acum medic sau avocat sau consilier) sau la superioritatea competitivă. A nu promova are *o semnificație*

importantă legată de poziţia socială relativă a persoanei şi de şansele de îndeplinire a obiectivelor viitoare. Aceste semnificaţii decurg în parte din modul în care valorizăm lucrurile (şi acestea sunt legate de procesele culturale) şi din implicaţiile pe care le deducem pentru succesul sau insuccesul obţinerii lor.

În plus, dispunem de capacităţi metacognitive care ne permit să reflectăm asupra lucrurilor şi să le dăm o semnificaţie ; de exemplu, ritmul meu cardiac crescut înseamnă că trebui să fac mai multă mişcare sau că voi face un atac de cord. Simţim lucruri diferite în funcţie de interpretare. „Faptul că Sally nu m-a sunat aseară înseamnă că era obosită sau (mai grav) vrea să mă respingă pentru altcineva." Prin urmare, putem derula simulări şi putem face predicţii în mintea noastră şi apoi reacţiona ca şi cum acestea sunt adevărate. Acest mod de a gândi poate activa sisteme fundamentale de răspuns la pericol (Wells, 2000). Unele dintre aceste interpretări vor fi influenţate de amintirile emoţionale (Brewin, 2006). Aşa cum vom vedea în capitolele următoare, aceste modalităţi de gândire şi interpretare a lucrurilor şi evenimentelor sunt elemente centrale în terapia cognitivă.

Utilizarea limbajului joacă şi ea un rol-cheie în crearea de semnificaţii. De exemplu, noi ne comunicăm propriile interpretări, sentimente şi intenţii prin canale verbale şi nonverbale (Lock, 1999). Ni se poate transmite că suntem simpatici, inutili sau răi. Aceasta traduce modul în care „existăm în mintea celuilalt" şi atunci putem să ne simţim fericiţi, anxioşi sau deprimaţi „la auzul" unor astfel de mesaje. Interpretarea mesajului verbal de către noi este esenţială – putem vedea un comentariu critic venind din partea unui subordonat sau putem să ne gândim că persoana respectivă e doar furioasă şi să trecem peste acesta. Deşi modul în care gândim într-un anumit limbaj şi comunicăm prin intermediul limbajului (simbolic) ne oferă niveluri complexe de interpretare pentru procesarea informaţiei şi crearea semnificaţiilor, aceste abilităţi nu ne schimbă nevoile noastre umane de bază, în special cele privitoare la legăturile sociale.

În măsura în care limbajul este mijlocul principal de comunicare a ceea ce simțim în cadrul terapiei, trebuie totuși să observăm că limbajul nu este întotdeauna un mediu în care să ne exprimăm cu ușurință sentimentele. Există două aspecte ale acestui fapt. Mai întâi, persoanele deprimate pot avea probleme în a-și pune emoțiile în cuvinte. Traducerea unei stări afective în cuvinte nu este ușoară, iar unele persoane pot să nu aibă exercițiul de a vorbi despre sentimente sau să fie chiar speriați de aceasta. Mai mult, sentimentele sunt adesea amestecate, încâlcite, confuze și generatoare de confuzii. Imaginează-ți că lucrezi la ceva dificil, iar șeful face observații. Poți să te înfurii din cauza unui gând („este nedrept") sau poți să te sperii („nu mă descurc") și să simți nevoia intensă de reasigurare. Atunci va trebui „să alegi" sentimentul sau să păstrezi o anume imagine de sine. Să plângi ar putea, de exemplu, să-ți amenințe identitatea și s-ar putea să te simți furios sau rușinat față de tine însuți. Ar trebui să fii destul de competent din punct de vedere emoțional pentru a recunoaște, organiza, eticheta, verbaliza și controla aceste sentimente confuze. Când pacienții se închid în ei și spun că „nu știu ce simt", ceea ce aceștia vor să spună de obicei este că se simt copleșiți de prea multe sentimente confuze, conflictuale care le creează confuzii. Uneori, sub această presiune, ei se retrag și se închid în sine. Terapeuții care cred că este vorba doar despre emoții asociate cu simple înlănțuiri de gânduri se pot împotmoli aici. Este preferabil să li se explice clienților complexitatea sentimentelor contradictorii și să-i ajute să normalizeze experiența într-o direcție care să înlăture rușinea – partea aceasta de terapie are loc pentru a-i ajuta să exploreze amestecul sentimentelor (Greenberg și Watson, 2006). Alteori, un răspuns de tipul „nu știu ce simt" se poate traduce prin rușinea și teama de a se dezvălui.

A doua problemă referitoare la limbaj și exprimarea verbală a sentimentelor este aceea că persoanele generează gânduri potrivite sentimentelor. Noi ne folosim gândirea pentru a justifica și a da sens la ceea ce simțim – chiar și atunci când aceasta poate să nu fie motivul real pentru ceea ce simțim. Cu alte cuvinte, putem

avea sentimente provenite din sistemele noastre rapide şi automate de procesare şi pe care apoi sistemele de raţionament controlat încearcă să le desluşească. Ştim că unele dintre gândurile noastre sunt explicaţii a ceea ce simţim. În plus, unele motive reale pentru unele sentimente pot să nu se găsească la nivel conştient; putem crea înţelesuri care se potrivesc sentimentelor noastre, dar care nu sunt neapărat motivele reale ale acestora (Haidt, 2001). Sunt din ce în ce mai multe dovezi potrivit cărora instrumentele de interpretare a semnalelor se pot situa în afara nivelului conştient. Există acum o literatură de specialitate despre procesarea non-conştientă (Baldwin, 2005; Hassin, Uleman şi Bargh, 2005). Un exemplu în această direcţie este acela că oamenii pot fi atât de autocritici încât ori pot crede că merită să fie astfel, ori că este o reflecţie adevărată despre ei înşişi. De fapt, autocritica este bazată adesea pe frică şi poate fi o formă de comportament de siguranţă (Gilbert şi Irons, 2005; vezi capitolele 9 şi 12 din volumul de faţă). Adoptând această perspectivă, atenţia este direcţionată mai curând asupra fricii de a renunţa la autocritică decât asupra dovezilor pro sau contra ei – o idee care va fi explorată mai târziu în detaliu.

Formarea identității

Dezvoltarea unei identităţi de sine depinde de capacitatea de a avea anumite tipuri de conştientizare de sine şi dă naştere unui sentiment al sinelui „care este", „care poate" şi „care vrea să fie". „Simţul nostru asupra sinelui" apare din coregrafia altor aspecte ale minţii noastre şi este configurat prin relaţii sociale în care este încorporat sinele. Dorinţa de a deveni un dansator de step celebru în Sahara interioară sau un terorist temut într-o mănăstire budistă este puţin probabilă. Identitatea de sine apare potrivit contextului social şi în particular pentru a se adapta rolurilor sociale, ameninţărilor şi oportunităţilor din acel mediu. Astfel ne construim identitatea de sine (persoana care aspirăm să

devenim) prin intermediul relațiilor. Când devenim deprimați, putem adesea simți că acele identități ale sinelui și aspirații – mijloacele care configurează relațiile utile – au fost periclitate sau amenințate și putem să simțim că „pur și simplu nu putem face față situației".

Din câte știm, animalele nu au un simț al identității de sine pe care să-și dorească să-l îngrijească și să-l dezvolte în mod conștient, dar oamenii îl au cu siguranță. Identitățile noastre se vor centra pe roluri importante din punctul de vedere al evoluției, precum: „Vreau (și voi munci din greu) să fiu acceptat de ceilalți, să fiu mai degrabă apreciat decât respins, să câștig respect printre cei de o vârstă cu mine, să fiu de folos altora". Dacă identitatea noastră și simțul a ceea ce suntem pare să ne comunice că nu suntem capabili să creăm împreună aceste roluri – „nu sunt plăcut, sunt rău sau nepotrivit" – atunci aceasta reprezintă o amenințare și activează diverse sisteme de protecție și de răspuns la pericol. Așadar, identitatea noastră de sine este foarte strâns legată de reputația socială pe care vrem s-o creăm (Buss, 2003). Identitățile noastre de sine ne pot de asemenea ajuta (sau împiedica) să facem față solicitărilor și amenințărilor. De exemplu, s-ar putea să-mi fie foame, dar aleg să trec peste aceasta deoarece vreau să slăbesc, să fiu în formă, să fiu mai atractiv sau să-mi augmentez sentimentul controlului – acestea sunt importante pentru propria identitate de sine. Sau s-ar putea să mă simt foarte agitat când trebuie să fac ceva, dar fac acel lucru oricum pentru că am convingerea că aceasta mă va ajuta să-mi depășesc anxietatea sau pentru că nu vreau să fiu (sau să fiu văzut ca un) fricos.

Aspecte complexe

Aceste patru domenii de funcționare sunt strâns legate în moduri foarte complexe, făcând legătura între sistemele de procesare automate și cele controlate. De exemplu, interpretările noastre reflectă în același timp stările noastre fizice *și* ajută la crearea și

reglarea unor stări mentale şi a unor patternuri psihobiologice. Dacă mă aflu într-o stare de furie, atunci voi avea gânduri pline de furie, dar acestea, la rândul lor, îmi pot accentua furia (pot fi furios din cauză că sunt furios, deprimat pentru că sunt deprimat) şi pot activa amintiri legate de perioade în care am fost furios sau deprimat (Brewin, 2006). Mai mult de atât, dacă sunt nervos la lucru, pot rămâne în starea asta când mă duc acasă şi să fiu nervos pe lucrurile de acasă (situaţie nonprovocativă). Nervozitatea mea de acasă poate să mă facă să mă simt mai furios pe mine însumi deoarece nu vreau să fiu nervos acasă şi să simt că nu pot să mă controlez. Astfel, propria mea furie se constituie într-o ameninţare la adresa propriei identităţi de sine (persoana care doresc să fiu) şi la aceea a rolului meu social dorit de acasă (să fiu iubitor şi relaxat).

Totuşi, ideea de bază pe care vrem s-o transmitem aici este aceea că, în timp ce avem o psihologie complexă legată de gândirea simbolică, metacogniţii şi formarea identităţii de sine, nucleul nostru este format din strategii de răspuns la pericol şi de protecţie fundamentale şi din nevoile (sociale) umane, cu capacitatea de a forma anumite tipuri de relaţii cu oamenii. În momentul în care acestea sunt zădărnicite, sistemele noastre de răspuns la pericol intră în funcţiune şi ne pot atrage în zone întunecate ale sentimentelor. Mintea noastră a evoluat lent, iar sistemele noastre de răspuns la pericol şi modalităţile noastre de a gestiona ameninţările au evoluat cu mult înaintea talentelor noastre cognitive mai complexe, de genul capacităţii noastre de a folosi limbajul şi simbolurile, a reflecţiei asupra sinelui şi a conştiinţei de sine. În momentul în care aceste sisteme diferite de funcţionare (sistemele noastre primitive de răspuns la pericol care fac pur şi simplu ceea ce sunt concepute să facă şi sistemele noastre cognitive superioare) interacţionează, devenim vulnerabili la o gamă întreagă de psihopatologii, iar depresia poate fi handicapantă.

Acest mod de a gândi poate ajuta terapeuţii, deoarece le dă posibilitatea să lucreze la diferite niveluri de funcţionare. Se poate lucra cu gândurile, metacogniţiile, ruminaţiile şi comportamentele care stimulează sistemele fundamentale de răspuns la pericol şi

menţin sentimentele neplăcute. Se poate explica pacienţilor cum gândurile pot stimula emoţiile. Totuşi, putem să ne gândim şi la nevoile umane din spatele acestora şi la modul în care acestea sunt blocate. Mai mult de atât, centrarea pe ameninţările sociale şi pe pierderi îi dă posibilitatea terapeutului să înţeleagă posibilele cauze profunde ale unor depresii.

Importanța strategiilor şi a regulilor de tipul „dacă-atunci"

Înainte de a explora cum şi de ce pierderea controlului şi aspectele sociale ale vieţii noastre pot constitui factori puternici de reglare ai stărilor noastre emoţionale, trebuie să analizăm conceptul de *strategii*. Iar aceasta, deoarece strategiile sunt extrem de importante în terapie. Strategiile pot fi înţelese ca reguli de tipul „dacă-atunci". Mai întâi ar trebui să observăm că evoluţioniştii folosesc conceptul de strategii într-un sens puţin diferit faţă de psihoterapeuţi. De exemplu, este posibil ca evoluţioniştii să se centreze pe faptul că strategiile de înmulţire la ţestoase, care depun sute de ouă şi apoi îşi lasă puii să supravieţuiască pe cont propriu, sunt diferite de cele ale mamiferelor, care au puţini pui, dar îi îngrijesc şi îi protejează. Acestea sunt strategii specifice speciei. Totuşi strategiile pot opera asupra patternurilor de răspuns psihobiologice care sunt sensibile la context, ca, de exemplu, momentul maturizării sexuale în medii care oferă sprijin (start întârziat) *versus* medii ostile (start precoce) (Belsky, Steinberg şi Draper, 1991). Strict vorbind, acestea sunt legate de *fenotipuri* ale strategiilor. Un exemplu de variaţie fenotipică într-o strategie de înmulţire se poate înfăţişa prin schimbările care apar la nivelul emoţiilor şi al comportamentului la o femeie în funcţie de absenţa sau prezenţa menstruaţiei. Unele femei pot trece prin schimbări majore de dispoziţie şi de comportament de implicare sau de retragere în funcţie de cât este de probabil să rămână însărcinată.

Strategiile se pot referi şi la reguli comportamentale de tip „dacă-atunci". La multe animale, acestea sunt sisteme sensibile la semnale şi care se desfăşoară automat în creier generând patternuri de răspuns psihobiologice. Pe măsură ce se conturează aceste patternuri, ele creează *stări ale creierului* în care gândurile, amintirile, sentimentele şi tendinţele de acţiune sunt modelate şi organizate în diverse moduri (Gilbert, 1984). *Dacă* apare un animal de pradă, *atunci* activează stimularea anxioasă, concentrează atenţia, opreşte emoţiile/interesele pozitive şi fugi sau încremeneşte. *Dacă* celălalt trimite un semnal sexual, *atunci* explorează, fii excitat şi angajează-te în comportamentul de curtare. *Dacă* cineva mai puternic te ameninţă, *atunci* supune-te şi retrage-te, şi rămâi atent la prezenţa acestuia. La animale, aceste strategii (acele stări tipice ale creierului) se pot desfăşura ca urmare a cunoaşterii înnăscute şi a sistemelor înnăscute pentru anumite tipuri de învăţare care le permit activarea comportamentului de adaptare la context. La oameni, învăţarea şi condiţionarea afectează strategiile de tip „dacă-atunci" şi acestea pot acţiona atât la nivel conştient, cât şi în afara acestuia.

Învăţarea

Condiţionarea este o modalitate eficientă prin care învăţăm şi punem în practică regulile de tip „dacă-atunci". De exemplu, dacă o lumină este însoţită de electrocutare, un animal învaţă că lumina înseamnă că urmează electrocutarea. Astfel că regula devine: „*Dacă* apare lumina, *atunci* sperie-te şi încearcă să scapi". Cu alte cuvinte, lumina poate activa un pattern de răspuns psihobiologic al „întregului organism" similar factorului de stres înnăscut, şocul dureros. Condiţionarea (asocierea între eveniment şi stimuli) este o formă foarte directă de învăţare şi nu solicită medierea cognitivă (Gray, 1987; Timberlake, 1994). Din contră, terapeuţii cognitivişti se centrează pe învăţarea care generează convingeri, scheme sau moduri fundamentale (Beck, 1996). Modurile reprezintă un set de idei, emoţii şi patternuri fiziologice aflate în interconexiune şi

amalgamate. De exemplu, dacă un copil este respins și i s-a spus că nu merită să fie iubit, atunci aceasta poate deveni o schemă sau un mod care dirijează mare parte din felul în care copilul abordează atât lumea, cât și relațiile cu ceilalți, dar va implica de asemenea și experiența emoțională de *a simți* că nu inspiră dragoste, care își are rădăcinile în sistemele de memorie emoțională. Modul este similar conceptului de stare a creierului (Gilbert, 1984).

Orice modalitate am folosi, condiționarea directă, referințele sociale sau faptul că anumite persoane ne spun lucruri și ne tratează în anumite moduri afective, învățarea ne modelează creierul astfel încât să putem răspunde în anumite feluri următoarea dată când se întâmplă un anume eveniment. O parte din ceea ce face această învățare este să stabilească circumstanțele pentru activarea de către creier a strategiilor de răspuns la pericol și de protecție și pentru momentul în care să ne simțim în siguranță. În depresie există două tipuri de strategii de protecție (față de pierdere și înfrângere socială) care interacționează, dar care sunt legate în mod special de amenințări și pierderi în domeniul social. Înțelegerea acestor strategii și a modului în care ne pot influența comportamentul, gândirea, sentimentele și stările fizice ne poate ajuta să înțelegem mai multe aspecte ale experiențelor din cadrul depresiei. Aceasta este tema capitolelor următoare.

Consecința care decurge de aici este că strategiile noastre (de protecție) și modul în care sunt organizate mințile și trupurile noastre pentru a se adapta la anumite pericole sunt combinații complexe înnăscute sau învățate ale regulilor de tip „dacă-atunci", iar aceste reguli sunt dobândite în feluri diferite. Regulile de tip „dacă-atunci" pot fi ghidate de memorie și aceasta afectează întreaga structură a persoanei. Să ne imaginăm cazul unei fetițe care a fost abuzată. Când tatăl ei o „atacă", ea își activează o strategie de apărare automată, de stimulare rapidă, frică, supunere și blocaj. Mai târziu în viață, șeful ei vine la serviciu într-o stare proastă și o critică. Ea percepe brusc o declanșare a unei stări de frică intensă și blocaj. Șeful își cere scuze, dar în noaptea aceea ea are un atac de panică. În ziua următoare, ea este într-o stare

de teamă puternică şi nu se poate duce la serviciu. Soţul ei nu înţelege ce se întâmplă şi nici ea, pentru că ea nu face legătura dintre incident şi „întoarcerea" (reactivarea) stărilor psihobiologice din copilărie. Izbucneşte uşor în plâns, simţind că are nevoie de o protecţie iubitoare din partea celorlalţi (exact cum avea şi în copilărie), dar nu poate să articuleze aceste sentimente. Se întreabă mereu de ce se simte atât de rău şi crede că este posibil să-şi fi pierdut minţile. Este diagnosticată cu depresie. O consult şi îi explic că nu este vina ei, doar că strategiile ei de protecţie s-au reactivat. Îi explic că, din multe puncte de vedere, nu este nimic în neregulă „cu ea", dar că, din nefericire, în momentele de ameninţare precum acesta, uneori sistemele de ameninţare se (re)activează foarte intens, iar sistemele afective pozitive se dezactivează pentru protecţie. Aceste strategii de protecţie sunt dictate de sistemele ei *automate*. Astfel că putem să analizăm modalităţile prin care să lucrăm cu aceste „stări dureroase ale minţii". În terapie am lucrat asupra amintirilor ei dureroase din copilărie, ca surse de moduri psihobiologice şi stări ale creierului şi am ajutat-o să-şi dezvolte compasiunea pentru ea însăşi, să lucreze cu gândurile ei, cu sentimentele şi comportamentele din prezent.

Percepţia şi amintirile noastre despre ceilalţi şi regulile de tipul „dacă-atunci"

Dovezi noi arată că unele reguli automate de tip „dacă-atunci" se pot situa în afara nivelului conştient, sunt legate de asocieri complexe între sine şi ceilalţi şi afectează stările psihobiologice. De exemplu, *dacă* alţii îşi exprimă dezaprobarea, *atunci* răspundem prin retragere sau strategii de apărare bazate pe ruşine/supunere. Acestea au fost explorate într-un program de cercetare de către Baldwin şi colaboratorii săi (pentru o trecere în revistă, vezi Baldwin, 1992 ; Baldwin şi Dandeneau, 2005). Într-un studiu mai timpuriu, li s-a cerut studenţilor să genereze idei de cercetare şi au fost influenţaţi subliminal arătându-li-se rapid o imagine a feţei

aprobatoare sau dezaprobatoare a profesorului de specialitate. Aceasta a fost prezentată atât de repede încât ei ştiau că ceva a apărut pe ecran, însă nu ştiau ce a fost. Cei care au fost influenţaţi printr-o imagine dezaprobatoare şi-au evaluat ideile mult mai puţin favorabil decât cei influenţaţi printr-o imagine aprobatoare. Evaluarea de *sine* a fost legată de aprobarea/dezaprobarea unei alte persoane în afara nivelului conştient (vezi Baldwin şi Dandeneau, 2005 pentru prezentarea acestui experiment).

Modul în care tratăm obstacolele (şi cât de ameninţaţi ne simţim) este legat în mod esenţial de accesibilitatea reprezentărilor interne ale celorlalţi. Baldwin şi Holmes (1987) au remarcat că persoanele care au fost influenţate să se gândească la o relaţie critică şi care apoi au picat la o sarcină de laborator, prezentau răspunsuri deprimante şi de ruşine, învinovăţindu-se pe ei înşişi pentru eşec şi trăgând concluzii negative generalizate legate de propria lor personalitate (un răspuns tipic de ruşine). În mod contrar, indivizii care au fost pregătiţi cu o relaţie caldă, încurajatoare au fost mult mai puţin supăraţi din cauza eşecului şi au atribuit rezultatul negativ mai degrabă factorilor situaţionali decât lipsurilor personale.

Kumashiro şi Sedikides (2005) le-au dat studenţilor un test de inteligenţă dificil. De asemenea li se cerea să vizualizeze o relaţie apropiată fie negativă, fie neutră, fie pozitivă. Cei care au vizualizat o relaţie apropiată pozitivă au avut cel mai înalt nivel de interes de a obţine feedback la test, chiar dacă feedbackul se arăta nefavorabil lor. Baldwin şi colaboratorii (vezi Baldwin şi Dandeneau, 2005) au demonstrat că o variabilă-cheie care determină stilurile *auto*evaluative în anumite contexte este accesibilitatea schemelor ceilalţi-faţă-de-sine (ceilalţi ca sursă de confort sau de critică) şi sine-faţă-de-sine (sinele ca sursă de confort sau de critică) şi a relaţiilor de rol care sunt activate. Teoreticienii ataşamentului au arătat de asemenea că modul în care oamenii răspund la diferite ameninţări interpersonale (gradul de anxietate sau de furie pe care îl pot simţi) este legat de modele funcţionale interioare de siguranţă a ataşamentului care afectează procesele automate (vezi Mikulincer

şi Shaver, 2004, 2005, pentru unele analize). Aceste studii arată că gradul în care oamenii sunt capabili să acceseze rapid şi automat scenarii şi amintiri plăcute şi încurajatoare (spre diferenţă de cele de condamnare şi critică) la nivelurile ceilalţi-faţă-de-sine şi sine--faţă-de-sine are o importanţă esenţială asupra răspunsurilor emoţionale şi sociale la evenimentele negative, autodefinitorii şi asupra capacităţii de a face faţă eşecurilor şi obstacolelor. Cu alte cuvinte, Baldwin arată că majoritatea schemelor sinelui provin din reprezentările interacţiunilor dintre sine şi ceilalţi – adică sunt interpersonale. În modelul prezentat aici, amintirile pozitive despre ceilalţi sunt înscrise în (şi generează căi de activare a) sistemelor noastre de liniştire (vezi paginile 73-78).

Povestea care merită reţinută din această lucrare pare a fi aceea că răspunsurile automate la ameninţare (care pot urma reguli de tip „dacă-atunci"), *incluzând autoevaluările şi sentimentele lor* relativ la obstacole şi eşecuri sunt influenţate în mod semnificativ de gradul de accesibilitate pe care-l au la amintiri, scheme şi potenţiale patternuri psihobiologice determinate de cât de binevoitori sau de distanţi sunt sau au fost alţi oameni. Important de reţinut este faptul că aceste scheme şi amintiri emoţionale interpersonale devin coordonatori esenţiali pentru cele trei sisteme afective analizate mai înainte. Atunci când avem scheme şi amintiri în care ceilalţi ne sunt de ajutor înseamnă că avem acces la sistemele de liniştire când suntem stresaţi, în timp ce, dacă avem amintiri dureroase cu ceilalţi înseamnă că atunci când suntem stresaţi putem accesa aceste amintiri şi să ne simţim deci mai ameninţaţi şi să avem mai puţin acces la sisteme afective pozitive reparatorii (de exemplu, liniştirea) (vezi Brewin, 2006).

Interconectarea nivelurilor

Acest capitol a arătat că există multiple sisteme specializate care au evoluat de-a lungul a milioane de ani (Buss, 2003; Gilbert, 1989). Am început cu sistemele de răspuns la pericol şi de siguranţă

principale, apoi am observat modul cum sunt motivate mamiferele să creeze roluri sociale şi modul în care succesul sau eşecul din cadrul acestor roluri produce pericol sau siguranţă. În cazul oamenilor există mai multe modalităţi prin care putem crea şi reprezenta la nivel intern „sinele în roluri" şi de formare a „schemelor interpersonale". Acestea ne pot afecta la nivelurile conştient şi inconştient. Totuşi, oamenii, ca şi alte animale, sunt fiinţe care cresc şi se maturizează încet şi care trec prin schimbări radicale în procesul de modelare a sistemelor mentale pe măsură ce se dezvoltă şi se maturizează, inoculează sensibilitate la anumite ameninţări şi formează reprezentări mentale ale lor în acest timp. Aceasta se poate vedea în figura 2.3.

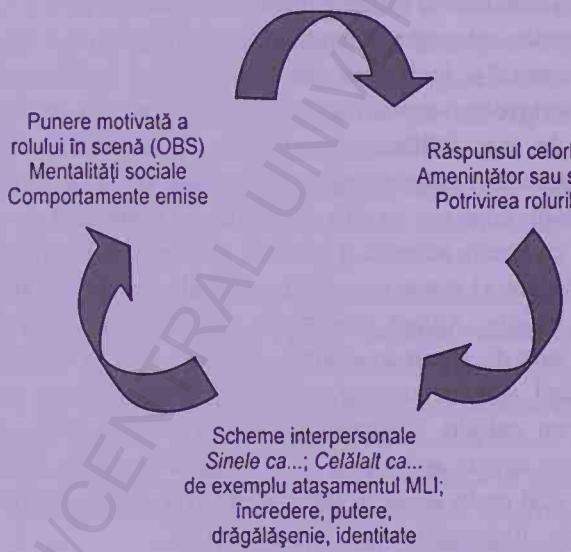


Figura 2.3. *Obiective sociale motivate, mentalităţi sociale şi apariţia schemei interpersonale*

OBS = obiective biosociale
MLI = modele de lucru interne

Pentru a înţelege apariţia diferitelor stări mentale putem începe cu ceea ce oamenii sunt motivaţi să facă. Creierul este aşa de

complex pentru că a elaborat modalităţi de a ghida animalele în mediul lor ca acestea să distingă ameninţarea de siguranţă, să dea răspunsuri corespunzătoare la diferite tipuri de ameninţare, să caute mâncare corespunzătoare, să construiască locuinţe corespunzătoare (vizuini sau cuiburi) şi să creeze împreună un număr de roluri sociale favorabile supravieţuirii şi reproducerii. Aceste sisteme motivante generează comportamentele emise care au impact asupra altora. În domeniul social, o stare de tulburare a copilului îi determină pe părinţi să-l liniştească ; explorările noastre timpurii şi eforturile încrezătoare primesc recompense sau pedepse din partea părinţilor/profesorilor ; eforturile noastre de a forma prietenii întâmpină situaţii de acceptare sau de respingere. Răspunsurile celorlalţi sunt esenţiale în a stabili dacă codarea experienţelor şi eforturilor noastre de a crea împreună roluri este una de succes sau e posibil să eşueze sau să fie pedepsite. De aici apare schema interpersonală care codează „sinele ca..." şi „celălalt ca...". Aceste reprezentări interne afectează apoi modul în care vom continua să căutăm şi să modelăm eforturile noastre în urmărirea diferitelor obiective biosociale (în termeni evoluţionişti, ele modelează fenotipurile noastre). Experienţele timpurii de viaţă centrate pe pericol pot determina oamenii să adopte diferite strategii de siguranţă în încercarea de a preveni ameninţările pe viitor. Când aceste strategii de siguranţă nu funcţionează, sunt blocate sau creează mai multe probleme, oamenii se pot simţi foarte ameninţaţi şi devin deprimaţi.

Extrem de importante în psihoterapie sunt deci povestirile despre cum au perceput persoanele eforturile lor de a fi iubiţi şi acceptaţi, cum au ales şi au câştigat competiţiile zilnice şi ceea ce au făcut din propriile succese, pierderi sau înfrângeri. Aflăm ce au sperat persoanele sau la ce au renunţat închizându-se în sine şi ce se tem acum să ceară. Astfel că, atunci când oamenii se schimbă prin terapie, ei nu-şi schimbă doar gândurile, comportamentele sau emoţiile, ci schimbă şi patternurile motivelor care stau la baza identităţii lor de sine. Ei pot face o schimbare de la evitare la angajament ; pot învăţa să se afirme pe sine mai mult

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

sau mai puțin; pot deveni capabili să tolereze supărarea sau durerea conștientizării neglijării sau abuzului din timpul copilăriei; și pot deveni mai preocupați mai degrabă de valoarea compasiunii decât a competiției, mai iertători din răzbunători, mai blânzi din mai duri. Dacă oamenii pot învăța că „nu mai este nevoie să mă simt amenințat de acest lucru", se deschid noi oportunități. Când ne simțim mai în siguranță în lume, atunci mințile noastre sunt libere să organizeze și să reorganizeze în modalități noi obiectivele noastre sociale fundamentale – care sunt esențiale stării noastre de bine (Gilbert, 1993). Chiar dacă nu toate terapiile vor articula aceste procese în acest mod, majoritatea încearcă să ajute persoanele să se simtă mai degrabă în siguranță decât amenințate, să se angajeze în viață decât să o evite, să renunțe la comportamente și la convingeri inutile legate de siguranță și să se îndrepte mai degrabă către ceilalți decât să-i excludă din lumea lor. Nu doar tratarea unei tulburări de panică sau depresii este esențială stării de bine, ci mai curând ceea ce le permite aceasta clienților să facă în viață.

Concluzie

Acest capitol a prezentat o serie de descoperiri de bază ale cercetărilor care ne pot ajuta să înțelegem elementele de bază ale depresiei și de asemenea modalitatea de a concepe intervențiile. Treptat ne îndepărtăm de teoriile și terapiile unui singur model pentru a ne apropia de ideile mai consistente precum „modul în care funcționează mintea noastră", natura depresiei și intervențiile bazate pe cercetări. O bună cunoaștere a acestor descoperiri ne va ajuta să înțelegem abordarea pe care o vom face aici: în principal aceasta se referă la diminuarea sistemelor de amenințare și la augmentarea celor pozitive. Înțelegând factorii reglatori înnăscuți și pe cei învățați ai acestor sisteme afective, nevoile și sistemele noastre de creare de roluri sociale, vom avea o mai mare posibilitate de a încerca să ne concepem intervențiile în mod

personalizat, plecând de la înţelegerea bazată pe compasiune a străduinţelor omeneşti şi pe umanitatea noastră comună.

Sfârşitul secolului al XIX-lea a fost momentul de glorie al ideilor darwiniste, care făceau legătura dintre noi şi animale. În literatură exista frica de „fiara din noi" : minţile lui Frankenstein sau Jekyll şi Hyde. Era o perioadă de conştientizare din ce în ce mai intensă a istoriei noastre sângeroase şi violente şi a atrocităţilor comise. Terapiile timpurii tratau probleme precum pasiuni sălbatice şi conflicte interioare şi argumentau faptul că legea şi cultura erau doar o mască superficială (Ellenberger, 1970). Lumea ştiinţei ne-a determinat să înţelegem că mintea noastră este ca aceea a unui om de ştiinţă la lucru, care testează şi confirmă teorii. Cum suntem îndrăgostiţi de analogiile cu calculatoarele, putem reduce oamenii şi dificultăţile pe care aceştia le întâmpină la acele sisteme şi dispozitive de procesare care dau erori. Totuşi, realităţile evoluate ale minţii noastre ne solicită să ne îndreptăm către motivele şi nevoile omeneşti care se află în interior şi să vedem că, atunci când acestea sunt blocate, este posibil să apară patologii. Nevoia cea mai primară a omului este aceea de a relaţiona cu ceilalţi pentru a-şi dezvolta sentimente de comuniune şi siguranţă. Aşa cum vom observa în capitolele 5 şi 6, evoluţia umană datorează mult acestui fapt. Pasiunile sălbatice remarcate de unele teorii psihodinamice şi schemele negative ale teoriilor cognitive sunt adesea rezultatul încercării de a face faţă ameninţării şi lipsei de siguranţă. Când se întâmplă aceasta, mintea noastră începe să proceseze strategii de protecţie, iar o parte dintre ele ne aruncă în întunericul depresiei – subiectul următoarelor noastre capitole.

BCU IASI

Capitolul 3

Creierul, amenințările şi depresia

Date fiind simptomele depresiei şi profilurile sale fiziologice, este uşor să privim depresia ca pe o tulburare, o disfuncţie, o deficienţă sau o boală. În orice caz, este posibil să ne fi dezvoltat creierele astfel încât acestea *sunt concepute* ca, în anumite condiţii, să diminueze emoţiile pozitive, să scadă motivaţia şi să ne dea sentimente de depresie? Dacă privim depresia doar ca pe ceva care merge rău, atunci pierdem din vedere faptul că noi toţi suntem predispuşi la anumite forme de depresie deoarece creierele noastre au evoluat pentru a genera, în anumite circumstanţe, patternuri psihobiologice de proastă dispoziţie. Aşadar, cercetările s-au axat pe urmărirea înţelegerii modului în care creierele noastre au evoluat şi a modului în care ele reglează emoţiile, sentimentele şi dispoziţiile interioare. Ştim acum că: (a) emoţiile şi dispoziţiile interioare influenţează prelucrarea informaţiei, în special evaluarea ameninţării şi securităţii, iar (b) cercetările au arătat că anumite tipuri de ameninţări sunt factori importanţi de reglare a dispoziţiei interioare şi a emoţiilor. Această carte va reveni *încontinuu* asupra ideii potrivit căreia depresia este legată de procesarea ameninţării şi de activarea strategiilor de protecţie, deoarece această perspectivă ne va orienta în încercarea noastră de a înţelege depresia şi modul în care abordăm psihoterapia şi consilierea. De asemenea, se va clarifica şi motivul pentru care compasiunea este un antidot esenţial în procesarea ameninţării (vezi capitolul 11).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Emoțiile și stările interioare afectează procesarea informației

Cercetările legate de dispoziţiile interioare şi emoţii au sugerat faptul că acestea reprezintă surse importante de informaţii care *dirijează* comportamentele, atenţia şi gândurile ulterioare (Izard, 2002). Într-adevăr, există astăzi multe studii în care oamenii au fost încărcaţi subliminal cu o anumită emoţie (de exemplu, prin vizualizarea unor imagini respingătoare sau înspăimântătoare, dar sub nivelul de conştientizare), iar apoi le-au fost analizate stilurile cognitive. Gândirea noastră este direcţionată de emoţiile declanşate (Haidt, 2001 ; Hassin, Uleman şi Bargh, 2005). De exemplu, de îndată ce ne speriem, această dispoziţie interioară şi stare a creierului afectează pentru o perioadă de timp modul în care noi interacţionăm cu mediul. Cu alte cuvinte, dacă răspunsul imediat al cuiva la o ameninţare este furia (iar acesta poate fi un răspuns emoţional condiţionat), atunci nu numai că furia va fi cea care va apărea împreună cu diversele tendinţe de acţiune, dar aceasta va fi însoţită de dispoziţii de acţiune şi de evaluare a lucrurilor într-un anume fel. Lerner şi Keltner (2001) au numit această situaţie *tendinţă evaluativă*. În cadrul acestei paradigme, cercetătorii au sugerat că stările interioare sunt, de asemenea, moduri în care creierele se orientează în ce priveşte evaluarea nivelurilor de ameninţare şi de siguranţă. Astfel, bunele dispoziţii sunt pentru un animal indicatori ai faptului că mediul este relativ sigur şi că acţiunile anterioare au avut succes. Însă dispoziţiile proaste indică faptul că mediul poate să nu fie sigur şi că anumite acţiuni viitoare ar putea să nu aibă succes. Astfel, dispoziţiile interioare pot fi o consecinţă a unei anumite interacţiuni dintre un animal şi mediu şi, de asemenea, pot influenţa modul în care este perceput mediul şi modul în care se va acţiona. Într-un studiu recent, Chartrand, van Baaren şi Bargh (2006) au constatat că indivizii pot fi influenţaţi prin cuvinte negative sau pozitive, iar schimbarea dispoziţiei interioare ce decurge de aici afectează procesarea informaţiei.

Amenințările ca reglatori importanți ai dispoziției interioare

Dacă dispoziţiile interioare sunt legate de generarea interioară a patternurilor stării creierului, care le permit animalelor să recunoască şi să se adapteze fie mediilor sigure, fie celor ameninţătoare, atunci ne-am putea aştepta ca depresia să fie o strategie principală de tipul ameninţare-adaptare. Ameninţările ar trebui, în anumite situaţii, să declanşeze schimbarea în negativ a dispoziţiei, astfel că ameninţările ar trebui să fie centrale în analiza cognitivă şi comportamentală. De fapt, aşa şi stau lucrurile. În orice caz, dispoziţiile proaste au apărut pentru a face faţă anumitor tipuri de pericole.

Pericolul pierderii controlului

Frustrarea. Primul răspuns caracteristic la pierderea controlului asupra a ceva ce îţi doreşti este frustrarea. Frustrarea este o stare neplăcută foarte apropiată de furie, a cărei funcţie este de a mări efortul. Creierul percepe că este un dezechilibru între ceea ce persoana încearcă să realizeze (sau doreşte), dar că există unele blocaje şi piedici în cale, ceea ce sporeşte iritarea şi furia pentru a putea răzbate. Să ne gândim la numeroasele situaţii din vieţile noastre în care se pot declanşa sentimentele de frustrare dacă lucrurile nu merg aşa cum vrem noi – de la condusul pe drumuri blocate şi până la relaţiile personale. Pe vremea când jucam cricket în competiţii, atunci când aveam un meci important şi pierdeam, stabilitatea emoţională se deteriora. Indiferent ce ai făcut, nu trebuie să pierzi din vedere acest lucru esenţial! Fie că este vorba despre un şoarece a cărui cale spre sursa de mâncare este blocată, fie că este vorba despre ceva aflat la un nivel înalt de simbolism în cazul oamenilor, care necesită să dăm o anumită semnificaţie

lucrurilor, cum ar fi cricketul, frustrarea acționează asupra părții afective a creierului cam în același fel. Mulți oameni consideră că micile variații ale stării de spirit sunt declanșate de frustrare. Pe măsură ce starea de spirit se înrăutățește, cât de mult și pentru cât timp va fi afectată dispoziția depinde foarte mult de ce anume este activat în persoana respectivă – aceasta se mai numește și activarea dispersiei.

„Toleranța" față de frustrare apare timpuriu în copilărie, cu toate că și în acest caz există diferențe individuale de temperament legate de ușurința cu care se activează frustrarea, dar și de toleranță. Nu se pune problema, desigur, că furia/frustrarea ar fi singurul răspuns în situația în care nu primim ceea ce ne dorim sau în cazul confruntării cu amenințări pe care nu le putem controla. Dacă nu obții postul pe care ți l-ai dorit și îți faci griji cum îți vei plăti ratele, atunci este foarte probabil să devii anxios. În cazul în care crezi că meriți postul, iar angajatorul alege un candidat mai puțin capabil decât tine, te-ai putea simți înșelat și, în felul acesta, ar putea pătrunde în minte sentimentele vindicative. Stările de spirit deprimate pot de asemenea să provină din eșecul obținerii lucrurilor pe care crezi că le vrei (de exemplu, o anume persoană iubită, o meserie bine plătită). Dovezile arată că dacă te gândești la frustrarea pe care o ai și la faptul că nu poți obține ceea ce-ți dorești, aceasta se datorează unei probleme personale care are implicații majore asupra obiectivelor viitoare și în acest caz ești foarte predispus să cazi în depresie, spre deosebire de cazul în care te gândești că este vorba doar de ghinion, că este ceva temporar și că poți reuși cu ceva mai mult efort sau noroc.

Pentru o minte care ține neapărat ca lucrurile să fie într-un anumit fel, frustrarea este poate una dintre cele mai distructive emoții dacă nu este manipulată cu grijă. Multe învățături din credința budistă se referă tocmai la pericolul de a fi prea hotărât să preiei controlul asupra lucrurilor (*trebuie* să ai ceea ce-ți dorești), iar aceste „atașamente" față de dorințe constituie chiar originea frustrării și dezamăgirii care pot duce la suferințe atât pentru sine, cât și pentru ceilalți ; de aici importanța diverselor forme de „detașare".

Terapeuții specializați în orientarea rațional-emotivă pun de asemenea accentul pe tolerarea frustrării și pe acei „trebuie" din gândurile noastre (Ellis, 1977a, 1977b; Gilbert, 1992). Aceasta a fost una dintre ideile profunde ale lui Buddha cunoscute de atât de mult timp și, cu toate acestea, noi trăim într-o lume modernă în care suntem învățați să dorim mai mult și nu mai puțin, să muncim mai repede și nu mai încet, să concurăm mult mai dur și nu mai puțin dur, să fim egocentrici și nu altruiști. Trăim într-o lume în care sentimentul de merit sau îndreptățire se poate doar adăuga stării noastre de frustrare. Activarea frustrării și toleranța sunt la fel de mult produse ale contextelor sociale și acumulărilor personale ca și mecanisme dezvoltate în creierul nostru pentru a face față blocajelor. Cu toate acestea, frustrarea este una dintre soluțiile care au evoluat și care vine împreună cu mecanismele de gestionare a blocajelor ce apar în realizarea obiectivele și dorințele noastre – și este oarecum nespecifică.

Multe depresii sunt legate de *o acumulare de stresori și de frustrări* care pot epuiza sistemele de răspuns la stres. Uneori doar un singur factor de stres major poate suprasolicita sistemele noastre de protecție. De exemplu, Jon era stresat la locul de muncă încercând să facă față presiunii timpului. El simțea că are situația sub control, până într-o zi când a fost nevoit să „piardă" zile de muncă din cauza unui virus care a apărut în computerul său. Sentimentele sale erau de furie intensă și frustrare. Două zile mai târziu s-a trezit devreme simțindu-se „foarte rău", tremurând, agitat și deprimat. Am întâlnit de asemenea oameni suferind de oboseală cronică ce afirmau că dacă devin foarte furioși și frustrați, într-o zi sau două ar putea suferi o recidivă. Factorii psihologici pot fi importanți, ca, de exemplu, ruminația și stilul cognitiv. Cu alte cuvinte, există factori sociali, precum suportul social, care ne pot liniști. De asemenea, important este și modul în care frustrarea puternică afectează sistemele fiziologice pentru a produce schimbări în stările creierului.

Stresul. În ultimii ani a existat un interes tot mai mare cu privire la modul în care funcţionează un anumit aspect al sistemelor de stres/apărare în cadrul depresiei. Acest sistem se numeşte sistemul hipotalamus-hipofiză-corticosuprarenale (HHC), pe care l-am menţionat în ultimul capitol. La baza creierului există două zone foarte mici, dar foarte importante, numite hipotalamus şi hipofiză. Atunci când creierul detectează ameninţări sau pierderi şi le răspunde, hipotalamusul trimite semnale spre hipofiză (prin eliberarea unui hormon numit hormonul de eliberare a corticotropinei [HEC]). Hipofiza primeşte mesajul de la hipotalamus şi trimite la rândul său un semnal glandelor corticosuprarenale (care sunt poziţionate chiar deasupra rinichilor). Mesajul spre glandele corticosuprarenale să este trimis prin eliberarea unui hormon numit hormon adrenocorticotrop (HACT) care le transmite glandelor corticosuprarenale să elibereze în cantităţi mai mari hormonul de stres numit hidrocortizon. Aşadar hipotalamusul trimite semnale hipofizei, iar aceasta trimite semnale glandelor corticosuprarenale, mesajul principal fiind: „suntem ameninţaţi – mobilizaţi-vă pentru a acţiona". Când apare stresul este activat acest sistem.

„Stres" este cuvântul folosit uneori pentru a face trimitere la evenimente exterioare, uneori la o stare subiectivă (când cineva este stresat) şi alteori este folosit pentru a face referire la un stil adaptiv (Hobfoll, 1989). Un eveniment stresant poate fi aproape orice tip de eveniment, de la pierderea locului de muncă sau a unei relaţii importante la o criză a resurselor sau un conflict interpersonal. Multe depind de valoarea pe care o dăm noi lucrurilor. Cuvântul „stres" reprezintă un termen generic ce implică faptul că un animal sau o persoană se confruntă cu ceva care îi depăşeşte puterile. Efectele fiziologice ale stresului ne duc spre un fapt important referitor la organizarea sistemelor noastre defensive. Atunci când cineva devine stresat, au loc schimbări în starea fiziologică şi, de îndată ce se manifestă aceste stări, întregul arsenal de răspunsuri defensive (gânduri, sentimente, comportamente şi amintiri accesibile) se modifică. Să considerăm, de exemplu, că

cineva care este stresat şi deprimat în urma pierderii unei relaţii amoroase poate în acelaşi timp să aibă o toleranţă scăzută la frustrare, o mai mare anxietate socială şi să dezvolte o frică de întuneric sau să devină ipohondru. Cât de des nu v-aţi dat seama că, dacă vă aflaţi într-o stare proastă, vă puteţi pierde încrederea într-o mulţime de lucruri, nu doar în cele care v-au adus în starea respectivă. Cu o săptămână înainte era foarte distractiv când vă jucaţi cu copiii, în schimb, săptămâna acesta, fiind stresat din cauza serviciului, nu vă arde de joacă şi ţipaţi la ei. În acest fel apar ceea ce se pot numi *reacţii în lanţ* sau efecte secundare generate de procesele de structurare din creierul nostru.

Oricum, nu ne putem baza doar pe un hormon al stresului precum hidrocortizonul pentru a explica stresul. Nivelul de hidrocortizon poate creşte atunci când te îndrăgosteşti sau când faci sport. În unele cazuri de depresie, în special în cele asociate cu abuzurile din perioada de început a vieţii, pot apărea răspunsuri la stres atrofiate în ceea ce priveşte hidrocortizonul. Astfel, orice proces fiziologic trebuie înţeles în funcţie de modul în care acesta funcţionează împreună cu alte procese (Wang, 2005).

Stresul cronic. Stresorii legaţi de depresie pot proveni din evenimente importante ale vieţii sau din acumularea continuă a unora mai puţin importante, fapt care ne epuizează. Dacă nu putem rezolva o situaţie stresantă sau să scăpăm de ea, atunci există riscul ca aceasta să devină cronică. Hidrocortizonul este un hormon important eliberat în perioadele de stres, dar care de asemenea circulă prin corp tot timpul, fiind eliberat în cicluri de 24 de ore. Acest hormon este benefic într-o serie de privinţe. Transformă grăsimea pentru a fi folosită ca energie, este un antiinflamator, stimulează ficatul şi, de asemenea poate să mărească sensibilitatea şi detecţia pericolelor. Poate ajuta şi la reorganizarea sistemelor de prelucrare a informaţiei. Având un nivel scăzut al hidrocortizonului, este posibil ca procesele de învăţare să se realizeze mult mai dificil. Din nefericire, stresul *prelungit* creşte nivelul de

hidrocortizon, iar acest lucru ne poate afecta negativ. Şubrezeşte sistemul imunitar şi poate cauza schimbări nedorite în diverse zone ale creierului, influenţând astfel şi memoria, alte funcţii cognitive şi emoţiile (Bremner, 2002). Într-adevăr, se ştie că dacă hormonul de stres, hidrocortizonul, se menţine la un nivel ridicat pentru mult timp, acesta începe să afecteze creierul şi poate chiar să ducă la micşorarea anumitor zone precum hipocampusul şi cortexul frontal (Sapolsky, 2000). Problemele de memorie şi concentrare pot fi simptome ale nivelului foarte mare de hidrocortizon. Cortizonul afectează şi nivelul acelor compuşi care influenţează dispoziţia, cum ar fi serotonina, dopamina (legate de acţiune) şi opioidele (legate de relaxare şi de sentimentul de siguranţă). Şi a deveni hipersensibili la ameninţări (stare generată de hidrocortizon) nu este un lucru foarte folositor deoarece atenţia şi gândirea noastră se pot îngusta şi, astfel, ne concentrăm mai mult decât trebuie pe chestiunile negative. Aşadar ciclurile de raţionamente negative, schimbări afective şi fizice se fixează pe o spirală descendentă.

Cercetările au arătat că multe persoane deprimate au sistemele HHC hiperactivate cu niveluri de hidrocortizon ridicate (Numeroff, 1998). Există o substanţă, numită dexametazonă, care în mod normal suprimă producerea de hidrocortizon pentru 24 de ore sau mai mult în cazul persoanelor care nu sunt deprimate. Cu toate acestea, dacă administrăm această substanţă persoanelor deprimate, vom observa că acestea prezintă ceea ce se numeşte *eliberare precoce*, adică dexametazona nu le suprimă hidrocortizonul. Aceasta înseamnă că sistemul lor HHC depăşeşte efectele inhibitoare ale dexametazonei şi continuă să producă niveluri ridicate de hidrocortizon, adică sistemul de stres este suprasolicitat.

Aşadar suntem înzestraţi cu un sistem de răspuns la stres ce poate fi util în gestionarea ameninţărilor şi a pierderilor pe termen scurt, dar poate fi foarte dezavantajos pe termen lung. Sistemul nostru de răspuns la stres poate fi dăunător din punct de vedere fiziologic (Bremner, 2002 ; Sapolsky, 2000). Când analizăm

aspectele evoluționiste ne-am putea întreba de ce evoluția a putut permite dezvoltarea unei scheme atât de deficitare – să permită dezvoltarea sistemelor de răspuns la stres care pot de fapt să cauzeze deteriorarea altor procese fizice. Răspunsul ar fi că este vorba despre *un troc evoluționist*. De fapt, toate sistemele defensive au un domeniu de declanșatori, intensități, frecvențe și durate pentru care sunt adaptate, dar în afara acestor domenii sistemele nu mai reușesc să se adapteze cu succes. Aceasta înseamnă că trebuie să fim atenți la factorii care ar putea declanșa foarte ușor sistemele de apărare/ale stresului și/sau care le mențin active. În capitolele ulterioare vom analiza modul în care perioada timpurie a vieții noastre poate reprezenta o sursă de sensibilizare a sistemelor de gestiune a stresului astfel că aceste sisteme devin ușor activabile. Putem trăi în diverse medii cu totul noi, în care este mult mai greu să scăpăm de stresori decât a fost acum milioane de ani. La fel de important este și faptul că propria capacitate de a avea reprezentări simbolice și metacogniții referitoare chiar la noi înșine și la viitorul nostru pot introduce un nou ingredient. Modul în care gândim și rumegăm asupra lucrurilor poate produce un răspuns cortical asupra sistemului de stres. Cu cât insistăm mai mult pe sentimente negative ca acelea de a fi inutil și nepotrivit sau că viitorul este întunecat sau cât de rău ne simțim, cu atât mai mult sistemele de răspuns la stres se pot bloca într-un ciclu nefavorabil. Aceasta este una dintre ideile-cheie din cadrul abordărilor cognitive față de terapie – să ajuți oamenii cu propriile lor gânduri și să-i implici în acțiuni adaptive în loc să persiste în sentimentele negative (Gilbert, 2000a). Pentru moment așadar, să ne gândim la un alt aspect al stresului care va fi esențial pentru a vedea dacă sistemele noastre de răspuns se instalează rapid sau nu. Ne putem controla stresul?

Pierderea controlului: neputința

Un factor reglator foarte puternic al sistemelor afective pozitive și de răspuns la pericol este legat de abilitățile și opțiunile de *control* al stresului. Cerința principală atunci când ne confruntăm cu o amenințare sau un factor generator de stres este aceea că trebuie făcut ceva. Dar să presupunem că nu putem. Am dori să găsim o soluție sau o cale de scăpare de stresul în care ne aflăm, dar posibilitățile ne sunt blocate sau depind mult prea mult de modul în care vom continua. În această situație, ne pot ajuta studiile asupra animalelor? Ei bine, de fapt multe teorii ale depresiei se centrează pe ceea ce se întâmplă dacă animalele sunt oprite din a se implica în comportamente de tipul defensivă-adaptare – atunci când încearcă să fugă, dar nu pot sau atunci când le faci să fie neputincioase.

Teoria neputinței învățate a depresiei a apărut din studiile pe animale care erau supuse anumitor situații neplăcute incontrolabile (Seligman, 1975). Experimentele decurgeau după modelul următor: animalele erau plasate într-o cușcă experimentală unde se afla o barieră peste care puteau să sară. Partea lor de cușcă era electrificată, iar după ce se aprindea un bec, cinci secunde mai târziu, prin podea trecea un impuls electric slab, dar neplăcut. În mod normal, un șoarece sau un câine învățau rapid să sară bariera în partea sigură, în cele din urmă eficiența crescând în așa măsură încât nu li se mai făcea teamă și săreau bariera imediat ce becul se aprindea. Totuși, Seligman a restricționat mai întâi animalele astfel că acestea nu puteau scăpa, deci primeau șocuri pe care nu le puteau controla. Apoi le-a eliberat și a observat că multe nu reușeau să învețe să sară bariera. Multe (dar nu toate) au devenit pasive și nu și-au mai explorat mediul în care se aflau; ele se ghemuiau în colț atunci când lumina semnala apariția unui șoc. Seligman și colegii săi au observat un extraordinar răspuns de apărare la pierderea controlului – o tendință de decuplare și de inhibare atunci când întâlneau o amenințare pe care nu o puteau

controla. Ei au numit acest comportament *neputință învățată*. Seligman (1975, pp. 53-54) a propus următorul raționament:

> Atunci când un eveniment traumatic apare pentru prima dată, acesta cauzează o puternică stare emoțională care se poate numi în general frică. Această stare continuă până când se întâmplă unul din următoarele două lucruri: dacă subiectul învață că poate controla trauma, atunci frica se reduce și poate dispărea de tot; dacă subiectul învață în cele din urmă că nu poate controla această traumă, în acest caz frica va descreşte în intensitate și va fi înlocuită de depresie.

Seligman a aplicat aceste descoperiri în mai multe privințe, inclusiv pentru a construi teorii referitoare la cum își dezvoltă persoanele convingeri despre propriile abilități de a controla lucrurile din viața lor și despre modul în care unii oameni persevereză, iar alții renunță rapid. Au existat studii ale diferențelor genetice asupra rapidității cu care acest pattern de neputință învățată apare la unele animale (Peterson, Maier și Seligman, 1993; Weiss, Demetrikopoulos, McCurdy *et al.*, 2000).

Au existat și studii legate de schimbările chimice care au loc în creier în cazul stărilor de neputință învățate și asupra modului în care acestea se leagă de tulburări clinice precum depresia. S-a constatat că dacă animalele sunt supuse unor factori de stres pe care nu îi pot controla, atunci nivelul hormonilor de stres creşte, iar neurotransmițătorii-cheie, cum ar fi serotonina, dopamina și opioidele, încep să se epuizeze. De fapt, aceştia sunt utilizați mai repede decât pot fi produși. Când se întâmplă acest lucru, traseele în creier încep să se schimbe, iar receptorii implicați în modul cum neuronii trimit semnale unii altora se schimbă în același timp, devenind hiper- sau hiposensibili. Activitatea creierului se atenuează, eliminând procesele consumatoare de energie, reducând dorințele de ieși afară și/sau de a încerca în mod activ să iasă din respectiva situație. Deși, așa cum vom vedea în scurt timp, aceasta nu este o explicație completă a depresiei umane, neputința învățată

a revoluționat modul nostru de gândire în legătură cu multe dintre comportamentele noastre față de depresie.

Seligman considera că depresia este un comportament *învățat*, însă Joseph Weiss, un neurofiziolog, avea îndoieli în acest sens (Weiss *et al.*, 2000). El credea că pasivitatea neputinței era cauzată de schimbările chimice care au loc în creier. Două descoperiri sugerau acest lucru. În primul rând, dacă animalele respective sunt scoase din experiment și lăsate să-și revină după acel chin timp de 48 de ore sau mai bine, când sunt plasate din nou în același mediu, acestea pot învăța să sară bariera. Dacă respectivele animale ar fi *învățat* că sunt neputincioase, nu ar fi uitat asta în cele 48 de ore. În al doilea rând, dacă animalelor li se dau antidepresive, care le împiedică sistemele neurotransmițătoare să se epuizeze din cauza stresului, acestea nu vor mai prezenta neputința învățată. Dar dacă ar fi fost vorba de învățare, atunci animalul respectiv ar fi trebuit să învețe neputința. Deci pare că această stare de neputință a fost mediată mai degrabă prin schimbări în creier decât (doar) prin învățare.

Din acel moment, perspectiva asupra interacțiunii dintre schimbările chimice și învățare a devenit mult mai complexă și este cert faptul că oamenii pot avea credințe conform cărora sunt neajutorați și nimic din ce fac nu va funcționa (Peterson *et al.*, 1993). Dacă îi pui într-o situație stresantă, aceștia imediat se vor simți neputincioși și vor presupune că vor eșua. Le vine greu să vină cu idei de rezolvare și sunt relativ inflexibili în gândire și în rezolvarea problemelor (în parte deoarece stresul limitează atenția și adaptarea). Există, de asemenea, dovezi potrivit cărora aceste stări și patternuri de răspuns psihobiologice care apar odată cu neputința sunt *condiționabile* și declanșate ușor prin indicii și semnale asociate cu pierderea controlului (pentru o prezentare, vezi Gilbert, 1992, 2004). Aceasta poate de asemenea să fie privită în termeni de „stârnire" a patternurilor de răspuns și are legătură cu aspectul de activare a răspândirii depresiei și episoadele care urmează (Monroe și Harkness, 2005). Așadar, este nevoie doar de recepționarea unor stimuli pentru ca acea stare de scufundare să apară și pentru

ca patternurile noastre de răspuns psihobiologic să înceapă să se reorienteze pregătindu-se pentru o situație „necontrolabilă". Totuși, implicațiile evoluționiste erau mai degrabă implicite decât explicite. În acest caz este vorba despre o *strategie evoluată și reglatoare a demobilizării* în contextul amenințărilor și pedepselor ce nu pot fi controlate. Astfel, la fel cum avem sisteme cerebrale pentru activarea anxietății sau furiei/agresiunii, la fel avem și sisteme cerebrale pentru pasivitate și demobilizare în contextul stresului cronic.

Detașarea stimulată

Cam în același timp cu dezvoltarea teoriei neputinței învățată de Seligman, în perioada anilor '70, alți psihologi au început să descopere că dacă este blocată capacitatea unui animal de a realiza un obiectiv *pozitiv*, acesta va prezenta un comportament diminuat. Dacă un animal este oprit (să spunem) să ajungă la o sursă de hrană, acesta va renunța să mai încerce, iar mai târziu, când blocajele sunt înlăturate, acesta încă va manifesta o disponibilitate redusă în a se duce să obțină hrana. Acest comportament a fost cunoscut sub numele *teoria detașării stimulate* (Klinger, 1975, 1993). Această teorie afirmă că „activitatea depresiei" are rolul de a detașa un animal de stimulentele și obiectivele pe care nu le poate atinge (adică să renunțe). Cu alte cuvinte, propriul comportament al cuiva poate reprezenta o amenințare în măsura în care cineva consumă timp și energie în urmărirea a ceva ce nu poate fi obținut. De exemplu, tu dorești să ai o relație cu Jane sau cu Fred, dar nu se poate – lor nu le place de tine. Dacă continui atunci când șansele de succes sunt reduse, pierzi din vedere alte opțiuni (oameni). Cu cât apreciezi mai mult scopurile pe care le urmărești, cu atât te vei strădui mai mult, dar, în același timp, vei deveni cu atât mai deprimat dacă vei eșua. Ideea este că eforturile noastre (sistemele de impulsionare) trebuie reglate astfel încât motivațiile noastre pozitive, de căutare și de investigare, să

poată fi deconectate pentru a ne opri să urmărim ceva ce nu poate fi obţinut. Fără o astfel de regularizare, animalele ar putea rămână angajate în căutări inutile a unor lucruri dorite, dar care nu pot fi obţinute. Aşadar, este vorba despre o strategie/regulă a evoluţiei, care ne spune: „încearcă să-ţi realizezi obiectivele, dar renunţă sau nu te mai angaja atunci când costurile urmăririi acelor obiective depăşesc o anumită limită". Adică am dezvoltat regulatori ai comportamentului care sunt în acord cu costurile anticipate în urmărirea obiectivelor şi atenuează dorinţa de căutare în anumite împrejurări.

Nesse (2000; Nesse şi Williams, 1995) a dezvoltat această perspectivă în cadrul *teoriei alocării resurselor*. El a sugerat faptul că depresia (care este o formă de demobilizare) nu are doar o singură funcţie, iar că dispoziţia interioară urmăreşte situaţiile favorabile cu scopul ajustării resurselor (de exemplu, energia şi investiţia – prin urmare activitatea sistemelor de impulsionare) în cadrul activităţilor, astfel încât să maximizeze rezultatele pe termen lung. Când vremurile sunt grele (sau oamenii doar cred aceasta), depresia este o strategie de genul „stai liniştit şi aşteaptă", care inhibă investiţiile în activităţi cu rezultate slabe. Există desigur multe dovezi potrivit cărora dispoziţiile oamenilor variază dacă lucrurile merg bine (obţinând recompense adecvate) sau rău (Morriss şi Morriss, 2000; Nesse, 2000), iar depresia poate scădea în intensitate odată cu îmbunătăţirea circumstanţelor sociale (Brown, Adler şi Bifulco, 1988). Percepţiile neputinţei, pesimismului şi inactivităţii comportamentale sunt privite ca manifestări ale acestei strategii de tipul „stai liniştit – situaţia nu e favorabilă acum". Astfel, pare că există unii regulatori încorporaţi ai comportamentului, care adaptează procesele fiziologice, ducând la apariţia schimbărilor în privinţa motivaţiilor, emoţiilor, gândurilor şi comportamentelor, în funcţie de împrejurări (vezi, de asemenea, Allen şi Badcock, 2003).

Apărări blocate şi ineficiente

Există o literatură bogată referitoare la comportamentul adaptiv şi la depresie (vezi Lazarus, 1994, 1999; Martell, Addis şi Jacobson, 2001; Perrez şi Reicherts, 1992). De fapt, atunci când ne confruntăm cu stresori, avem două sarcini adaptive. Prima, de a încerca să ne ocupăm de problema *externă* (adaptare centrată pe problemă) şi a doua, de a face faţă trăirilor *interioare* (anxietate, furie şi depresie) provocate de caracterul evenimentului stresant (vezi Carver, Weintraub şi Schierer, 1989, pentru o conturare şi o analiză a comportamentelor adaptive tipice). Pentru a sintetiza o poveste destul de lungă şi complexă, trebuie spus că odată ce oamenii devin deprimaţi, aceştia tind să se concentreze mai puţin pe problemele externe şi se axează pe încercarea de a controla emoţiile interioare dureroase. În plus, modul în care aceştia încearcă să facă faţă emoţiilor, de exemplu, prin consumul de alcool, evitarea sau căutarea excesivă a ajutorului, poate de foarte multe ori să înrăutăţească problemele. Din acest motiv, rezolvarea problemelor şi terapiile axate pe soluţie, cum ar fi împărţirea unei probleme în mai mulţi paşi, pentru o rezolvare graduală, înfruntarea problemei în loc de evitare sau învăţarea unor noi tehnici de abordare a problemelor sunt adesea de ajutor pentru oamenii deprimaţi.

Există în orice caz o perspectivă evoluţionistă asupra modului în care conceptualizăm dificultăţile adaptive din cadrul depresiei şi care leagă adaptabilitatea dificilă de activarea sporită a perechii ameninţare-stres şi de atenuarea percepţiilor pozitive. Aceasta se leagă de o analiză a modului în care tindem în mod *natural* să ne apărăm atunci când suntem confruntaţi cu pericole şi pierderi. Aşa cum s-a mai spus, oamenii şi unele animale deţin o serie fundamentală, înnăscută, de comportamente defensive pentru tratarea ameninţărilor. Această serie include fuga şi evadarea (de exemplu, fuga de un pericol), evitarea, riposta, supunerea şi renunţarea dacă şansele sunt nefavorabile şi chiar căutarea ajutorului şi protecţiei din partea celorlalţi (Gilbert, 1993, 2001a). Cele

mai multe dintre acestea au apărut pe cale evolutivă pentru folosirea pe termen scurt. Dar, asemenea mecanismelor fizice de apărare, precum diareea sau vomitatul, ceea ce este util și adaptat pentru folosire pe termen scurt poate fi rău pe termen (mai) lung. În ultimii ani, cercetările noastre (Gilbert, 1984, 1992, 1993, 2004), dar și ale altora (Dixon, 1998) au indicat faptul că depresia poate implica adesea dorințe puternice de angajare în comportamente defensive, dar fără a reuși în aceste tentative. În esență, persoanele deprimate pot avea mecanismele de apărare *blocate*, *suspendate* sau *ineficiente*. Am constatat că analiza acestora împreună cu oamenii deprimați poate aduce lumină în înțelegerea proceselor și conflictelor cu care aceștia se confruntă. În continuare le vom analiza pe rând.

Evadarea blocată și captivitatea

Uneori, o temă fundamentală în cadrul depresiei este aceea a *captivității* (Gilbert, 1992). Captivitatea este evident o formă a „pierderii controlului", dar, spre deosebire de teoria controlului, aceasta se centrează pe cele mai intense motivații pentru evadare care pot domina ruminațiile unei persoane. Într-adevăr, o concentrare excesivă pe evadare poate bloca posibilitățile de rezolvare pozitivă a problemelor, iar oamenii nu se gândesc (iar uneori nici nu vor să se gândească) la cum să-și îmbunătățească situația – ei pur și simplu vor să scape. Oamenii care sunt foarte motivați *să fugă* din mariajele lor ar putea să nu vrea să încerce să-și îmbunătățească situația familială, în special în cazul în care aceștia poartă în sine multă furie. Așadar, încercarea de a se concentra pe lucrurile „pozitive" înainte să fie evaluată și analizată motivația evadării poate fi problematică. Captivitatea poate apărea într-o relație, fie ea intimă (de exemplu, căsătorie, familie) sau social-publică (de exemplu, locul de muncă), din care cineva nu poate scăpa, deși ar dori foarte mult. De exemplu, o persoană ar dori să-și părăsească partenerul nepăsător sau abuziv sau să renunțe

la locul de muncă, dar, din motive financiare, din cauza sentimentului de vină, din frica de reacțiile partenerului sau frica de singurătate, nu este capabilă să plece. Sentimentul de a fi blocat într-o situație nedorită și de a nu fi capabil să scapi din respectiva situație este mult mai obișnuit în cadrul depresiei decât se recunoaște uneori. Brown, Harris și Hepworth (1995) au arătat faptul că acest sentiment de captivitate este un factor predictor al depresiei mult mai puternic decât pierderea. Într-un studiu important, Kendler, Hettema, Butera, Gardner și Prescott (2003) au constatat de asemenea că sentimentul de captivitate era puternic legat de depresie. Gilbert, Gilbert și Irons (2004) au constatat că sentimentul de captivitate reprezintă o experiență comună în depresie și că persoanele deprimate adesea ruminau și visau la fugă (și, mai puțin frecvent, făceau planuri în legătură cu aceasta). Și în cazul animalelor, înfrângerile sunt mult mai problematice dacă acestea nu pot fugi și nu pot scăpa de cei mai puternici.

Gilbert și Allan (1998) au analizat sentimentele de captivitate orientate atât înspre exterior (sentimentul captivității și dorința de a scăpa din relații sau situații), cât și spre interior (dorința de a scăpa de o durere interioară, de unele sentimente și gânduri). În ce privește stările interioare, persoanele deprimate se simt adesea imobilizate de depresia lor și de pierderea energiei (Gilbert și Gilbert, 2003). Datele sugerează că multe persoane deprimate au un foarte puternic sentiment de imobilizare și sunt extrem de motivate să fugă, dar nu se simt capabile să o facă (tehnic, aceasta poartă numele *evadare blocată*).

Atunci când oamenii sunt foarte motivați să fugă de propriile sentimente (de exemplu, durerea depresiei) sau de stresorii externi, dar se simt captivi și nu pot vedea nici o cale de scăpare, un risc ce poate apărea este cel al suicidului. Într-adevăr, Baumeister (1990) se referea la suicid ca la un tip de fugă de sine (vezi și Williams, 1997). Există, de asemenea, multe observații clinice potrivit cărora atunci când oamenii deprimați cronic iau decizia de a se sinucide, sunt siguri că durerea lor va lua sfârșit și, în felul acesta, pot scăpa, starea lor de spirit se ameliorează. Într-adevăr,

în cazul anumitor oameni este important din punct de vedere clinic să fie identificate schimbările neașteptate de dispoziție, deoarece acestea pot indica faptul că respectivele persoane pot avea intenția de a se sinucide.

Poate fi foarte util să fie analizate împreună cu clientul sentimentele dorinței (intensitatea acestora și visurile) de fugă. Clientului s-ar putea totuși să-i fie rușine să vi le mărturisească. De exemplu, o tânără mamă aflată în stare de depresie ar putea să se simtă prea vinovată sau rușinată să admită că o parte a sa simte că e copleșită de îndatoririle de mamă și că ar dori să renunțe la tot. Sau, cineva ar putea avea puternice sentimente ambivalente legate de părăsirea unei căsnicii. Din proprie experiență, pot spune că acordarea unui timp de analiză a sentimentelor legate de dorința de fugă poate aduce multe beneficii. În plus, motivațiile fugii ar putea fi pur și simplu explicate ca răspunsuri naturale și normale la stres, deoarece sistemele noastre de răspuns vor furniza soluții rapide, cum de altfel au și fost concepute să facă: „nu este vina ta, este parte a configurației creierului". Această perspectivă îl ajută pe client să recunoască faptul că poate discuta despre sentimentele sale într-un mod care să nu îl facă să se simtă rușinat. Poate fi util să se analizeze dacă aceste sentimente sunt parte a depresiei și se vor diminua odată cu depresia sau dacă preced depresia. În plus, uneori dileme chiar foarte reale, precum continuarea sau renunțarea în cazul unei relații, pot fi deosebit de importante în recuperare. De exemplu, în relațiile abuzive, atât emoțional, cât și fizic, o femeie ar putea simți că din vina ei există unele probleme, iar această autoînvinovățire o face să continue acea relație, dar dacă ea ar putea scăpa, atunci ar putea renunța la autoînvinovățire (Andrews și Brewin, 1990).

Uneori depresia persistă cât timp persoanele rămân blocate în aceste dileme, însă consilierul poate oferi sprijin pentru a trece peste o perioadă foarte dificilă și dureroasă a vieții – în special dacă fuga sau renunțarea la (evadarea din) relație/loc de muncă este opțiunea privilegiată. Alteori, dacă oamenii învață să fie mai fermi și își controlează pretențiile, dorințele de evadare se vor

atenua. Este important totuşi ca un consilier să-şi ajute clientul în a-şi analiza dilemele şi să nu pună nici o presiune pentru a-l îndruma într-o direcţie sau alta.

Jane a fost căsătorită cu un bărbat care avea dificultăţi în recunoaşterea sentimentelor ei şi în exprimarea propriilor sentimente. În anii lor de început, aceasta l-a plăcut pentru că era un „tip liniştit", însă mai târziu a simţit că acesta nu îi poate oferi o apropiere emoţională. Ea se simţea din ce în ce mai captivă şi se gândea să-şi găsească pe altcineva care ar putea „să o iubească pasional". Retragerea ei sentimentală şi depresia l-au făcut pe soţ să se simtă nesigur, devenind gelos – accentuând în continuare problemele soţiei. Această problemă necesita ajutorul unui consilier în probleme familiale (Beach şi Jones, 2002). Jane a învăţat să ofere mult mai multă siguranţă soţului ei şi să se concentreze pe lucrurile pozitive din cadrul relaţiei, în timp ce soţul acesteia a învăţat cum să fie mai atent din punct de vedere emoţional şi să-şi exprime sentimentele şi afecţiunea. Uneori oamenii se simt captivi deoarece lipsa de comunicare şi frica duc la accentuarea sentimentelor de insecuritate ale fiecăruia. De exemplu, David era un director foarte bine plătit, dar îşi ura meseria şi presiunile pe care aceasta le implica, precum şi şeful extrem de critic şi autoritar. Acesta simţea adesea că doreşte să se sinucidă – că aceasta era singura lui „scăpare". Totuşi, în cadrul terapiei acesta a lucrat asupra identităţii de sine, potrivit căreia „el ar trebui să asigure un maximum" pentru familia sa şi pentru educaţia copiilor. Cu ajutorul şi sprijinul familiei (acestuia îi era greu să se acomodeze cu ideea că ar putea fi iubit sau preţuit ca persoană de ei dacă nu ar fi avut succes profesional), acesta a decis să-şi dea demisia şi să „se restrângă". Abia după ce a fost capabil să nu mai privească această situaţie ca pe un „eşec personal" sau ca pe un semn de slăbiciune, a reuşit să lucreze asupra acestui sentiment. Un an mai târziu, cu toate că era stresat în privinţa banilor, acesta „se simţea mai bine decât s-a simţit de ani întregi".

Fuga şi comportamentul de evitare se manifestă de asemenea şi în alte moduri. Dacă întrebăm clientul de ce, de exemplu,

doarme sau de ce nu vrea să se trezească, acesta ar putea afirma că nu doar din cauză că se simte obosit, ci pentru că încearcă să evite sau să scape de problemele de peste zi. Adesea persoanele deprimate vor admite în mod deschis că acest comportament este unul de „ascundere" motivat de dorințe puternice de evadare. Astfel de dorințe ar putea foarte bine să fie „generate" de diverse credințe negative, dar indiferent care e sursa, problema-cheie este că motivația fugii este foarte vie, dar cu toate acestea nu aduce alinarea. Într-adevăr, astfel de comportamente pot face adesea o persoană să se simtă mult mai rău. În spiritul acestei idei, comportamentul defensiv este unul ineficient. E important ca oamenii să fie ajutați să acționeze împotriva dorințelor lor de evadare, de evitare, astfel încât să deveni mai activi (Martell *et al.*, 2001). Analizând această situație din punctul de vedere al stresului, am putea explica faptul că, atât timp cât strategia de fugă este în curs de desfășurare, există o tensiune puternică, ca și în cazul în care amigdala și sistemele HHC sunt suprasolicitate, dar cu toate acestea, comportamentul de evitare nu ușurează situația. Acest tip de stres suprasolicită aceste sisteme de răspuns și contribuie la perturbări fiziologice.

În ceea ce privește problemele interioare, persoana deprimată ar putea să nu fie capabilă să-și scoată din minte sentimentele dureroase și grijile. Uneori aceasta simte că ar dori să scape de aceste sentimente și gânduri – ar dori să fie liniștită sufletește. În cazul acestei persoane, antrenarea atenției ar putea fi deosebit de utilă. De asemenea, nu este ieșit din comun să se găsească unele tipuri de depresii care debutează cu o problemă de sănătate fizică de care persoana simte că nu mai poate scăpa sau că nu se mai poate recupera. Un sentiment de captivitate (și dorința de a scăpa de acest sentiment), un trup bolnav sau infirm pot constitui factori puternic depresogeni. Întrebări-cheie care pot fi adresate clientului sunt: „Ai sentimente puternice prin care îți dorești să scapi sau să te ascunzi de...?", „Te-ai gândit vreodată că ai vrea pur și simplu să o iei la fugă pentru a scăpa de toate?", „Cât de captiv te simți în situația ta actuală?", „Te-ai gândit vreodată la modalități de a scăpa?", „Care ar fi acestea?", „Ce te oprește să le aplici?".

Nevoia de spațiu

Uneori oamenii au nevoie să scape de probleme pentru o perioadă. O problemă comună în depresie este tocmai această nevoie de spaţiu. Câteodată unii oameni se pot simţi copleşiţi de tot felul de cerinţe sau responsabilităţi care îi presează şi au nevoie de un răgaz temporar. Dorinţele de a scăpa uneori pot fi legate de acele stiluri de viaţă în care persoana respectivă nu are un spaţiu propriu. Acesta este un element care se regăseşte mai mult în cazul femeilor care suferă în diverse grade de „povara rolului" – încearcă să facă faţă copiilor, serviciului, căsniciei. Cei care au grijă de rude afectate de boli mentale ar putea simţi nevoia de a scăpa şi de a avea spaţiu. Însă aceste persoane ar putea simţi şi o mare ruşine în legătură cu astfel de dorinţe (de exemplu, „sunt o persoană rea pentru că-mi doresc să o trimit pe mama mea la azil") (vezi Martin, Gilbert, McEwan şi Irons, 2006). A ajuta o persoană să-şi rezerve un timp pe care să-l petreacă în „spaţiul personal" poate fi de mare ajutor, în special dacă aceasta poate învăţa cum să o facă fără să se simtă ruşinată sau vinovată.

Atunci când medicii generalişti sau consilierii le sfătuiesc pe persoanele uşor deprimate să-şi ia o vacanţă, aceştia intuiesc faptul că „ieşirea" din situaţiile stresante poate fi utilă. Aceasta poate permite sistemului de răspuns la stres să se regleze şi poate fi util în crearea unor noi perspective. Dacă persoanele se simt mai bine când acţionează în acest fel, este important să recunoască modul în care situaţia actuală le creşte nivelul de stres. Alteori, acest tip de intervenţie pur şi simplu nu funcţionează. De exemplu, dacă în relaţiile de familie există anumite probleme, atunci plecarea într-o vacanţă împreună cu familia poate înrăutăţi lucrurile. Unii oameni nu se pot „deconecta", dar în schimb îşi fac probleme legate de ceea ce ar putea să se întâmple acasă sau la serviciu. Şi, desigur, unele persoane ar putea să nu aibă suficienţi bani pentru un concediu sau să nu beneficieze de sprijinul necesar pentru a lua o pauză. Astfel, consilierii trebuie să fie atenţi la problemele legate de spaţiu şi faţă de cine sau faţă de ce este luat acest spaţiu.

Când oamenii devin excesiv de obosiți și deprimați din cauză că se simt „obosiți tot timpul", pentru aceștia epuizarea și lipsa timpului liber sau al pauzelor sunt obișnuite. Poate că există motive foarte întemeiate pentru această situație (de exemplu, necesitățile familiale și solicitările locului de muncă). Totuși, acești oameni pot fi foarte motivați și pot lucra până la epuizare. Pot de asemenea să aibă așteptări nerealiste legate de ceea ce ar fi capabili să facă, să se compare pe sine într-un mod negativ cu cei care par să realizeze mai mult și să se forțeze foarte tare. Ajutând astfel de oameni să înțeleagă faptul că ar putea ajunge la epuizare sau că ar putea avea nevoie de o perioadă de timp mult mai mare pentru recuperare și că uneori ar putea avea nevoie chiar de medicamente ar putea fi o lecție dură pentru ei. Astfel de persoane sunt în mod special vulnerabile la sentimente de înfrângere și pot deveni (mult mai) deprimați din cauza pierderii energiei proprii. Raționamentul în acest caz este următorul: au pretenții mari sau se forțează → devin extenuați → se simt învinși și incapabili să-și atingă obiectivele → se simt din ce în ce mai copleșiți și deprimați. Întrebările-cheie care li se pot adresa sunt: „Crezi că ți-ar plăcea să ai timp liber și să scapi, cel puțin temporar, de situația ta actuală?", „Crezi că ai suficient spațiu personal în viața ta?", „Ce te oprește să-ți creezi un spațiu personal mai mare?".

Lupta și furia suspendate

Atunci când suntem stresați se pot activa *o serie* de emoții negative, de exemplu, atât fuga, cât și lupta pot fi activate ca strategii de apărare. Există foarte multe dovezi potrivit cărora multe persoane deprimate percep o creștere a furiei și a iritabilității (Gilbert, Gilbert și Irons, 2004; Riley, Treiber și Woods, 1989). În orice caz, putem spune că această furie poate fi suspendată (să nu fie manifestată) din cauza unei preocupări pentru identitatea de sine (furia este neplăcută și rușinoasă), din cauza fricii de replicile celorlalți, din dorința de a-i proteja pe ceilalți sau, în cazul în care este totuși

manifestată, este prea agresivă, se manifestă „sub forma unui acces de furie sau o supărare cumplită" (în loc de a comunica ceva) sau este ineficientă şi poate deteriora şi mai mult situaţia. Aşadar, poate fi util să explorăm împreună cu clienţii intensitatea furiei acestora şi ce anume fac ei în această privinţă. Unele persoane deprimate se simt în general mult mai iritabile şi simt că se află „pe punctul de a exploda". Putem explica această stare printr-un simptom condamnabil de depresie, dar nu reprezintă o dovadă a răutăţii personale. Alţii sunt „amărâţi" şi au sentimentul puternic că sunt trataţi incorect sau nedrept. Astfel de persoane pot rumina asupra furiei şi a dorinţelor lor de răzbunare. A stărui în mod constant asupra unui sentiment de nedreptate, dar a nu fi capabil să faci nimic în această privinţă va conduce în cele din urmă nu numai la creşterea sentimentului de lipsă acută de putere (o lipsă a controlului), dar în acelaşi timp probabil că va menţine şi sistemele de răspuns la stres într-o stare de stimulare puternică. Unele persoane deprimate nu sunt conştiente de furia lor, sunt speriate de această stare şi au învăţat să evite să o mai analizeze – este o stare pe care ei nu o conştientizează. Vom analiza unele exemple într-o altă secţiune din această carte. Pentru toate problemele referitoare la furie, a acţiona asupra acestei furii poate fi extrem de important (Gilbert, 2000a). De fapt, am văzut mulţi oameni care se prezentau în faţa medicului cu o stare de depresie, dar în cazul lor problematică era de fapt furia acestora. Întrebări potrivite pentru a fi adresate sunt: „Te simţi foarte iritabil în interior?", „Simţi că eşti iute la furie?", „Cum îţi manifeşti furia sau nemulţumirea?", „Ai sentimentul nedreptăţii – de exemplu, faptul că ai fost tratat incorect în viaţă şi că ai vrea să te răzbuni cumva?", „Ce te opreşte să-ţi manifeşti furia sau nemulţumirea?".

Comportamentul supus

Comportamentul supus este o formă primară de comportament de apărare ce are o vechime de multe milioane de ani (Gilbert, 1992, 2000b). Multe animale pot manifesta un comportament supus, în

special atunci când se confruntă cu alte animale, mai puternice. În cazul oamenilor, convingerile legate de inferioritatea personală şi de a fi obiect al criticilor şi al atacurilor celorlalţi pot declanşa comportamentul de supunere. Există dovezi potrivit cărora multe persoane deprimate fie au mai adoptat şi în trecut poziţii supuse în relaţiile personale, fie devin supuse de îndată ce dispoziţia lor interioară se înrăutăţeşte (Allan şi Gilbert, 1997). Sentimentul de a fi într-o poziţie inferioară, subordonată şi sub controlul celorlalţi poate lua naştere în cadrul relaţiilor abuzive sau neglijente. Ideea principală este că un sentiment de inferioritate şi de slăbiciune poate activa inhibiţia interioară, anxietatea socială, poate reduce comportamentele exploratorii şi poate inhiba caracterul asertiv (Gilbert, 1992, 2000c).

Supunerea poate să fie adesea asociată cu un tip de comportament de căutare a aprobării din partea celorlalţi printr-o adaptare excesivă la cerinţele acestora. Credinţa fundamentală în acest caz este următoarea: „Pentru a fi iubit şi a evita abandonul, trebuie să mă pliez după ceilalţi – să fiu pentru ei ceea ce ei doresc să fiu" (Young, Beck şi Weinberg, 1993). În mod clar, acest tip de comportament limitează gradul în care o persoană se poate simţi liberă să-şi exploreze sau să-şi manifeste propriile nevoi, preferinţe şi dorinţe în cadrul relaţiei. Această inhibare supusă a sinelui poate conduce mai departe la sentimente de inferioritate, la o pierdere a puterii şi, în acelaşi timp, limitează comportamentul afirmativ/asertiv şi sentimentul de a fi prins în capcană (Gilbert, 2000b). Avem multe dovezi potrivit cărora depresia este asociată cu comportamentul supus (Gilbert, 2004).

Destul de des, persoanele deprimate urăsc propriul comportament supus (supunere furioasă). Aceştia pot fi supuşi şi să pună nevoile celorlalţi pe primul loc, însă să le displace aceasta. Aşadar, fie le lipseşte ceva legat de abilităţile de a acţiona cu hotărâre, fie sunt prea speriaţi pentru a acţiona astfel. Întrebări importante care pot fi adresate sunt: „Ai tendinţa de a reveni la o anumită stare dacă nu eşti de acord cu ceilalţi?", „Ţi-e frică să te ridici să-ţi susţii punctul de vedere?", „Te simţi indignat dacă trebuie să te

retragi sau să mergi înainte împreună cu ceilalți atunci când tu nu-ți dorești aceasta?", „Ce te oprește să fii puțin mai hotărât?".

Suspendarea căutării ajutorului

Căutarea ajutorului este un alt comportament defensiv obișnuit, iar în cazul copiilor, acesta este modul tipic de a face față amenințărilor și lucrurilor care îi depășesc. Conștientizarea faptului că există oameni care te pot ajuta, încuraja și înțelege atunci când ești într-o situație de criză poate fi un lucru foarte liniștitor. În capitolul 5 vom remarca faptul că primirea ajutorului și conștientizarea atenției celorlalți față de noi sunt importante pentru menținerea atitudinii sistemului afectiv pozitiv de liniștire. Așadar, unele persoane deprimate nu caută ajutorul sau, dacă o fac, sunt ignorate sau respinse. De exemplu, unele persoane devin deprimate deoarece pur și simplu nu au pe cineva care să le ajute (Brown și Harris, 1978). Alții evită să caute ajutorul deoarece acestora le e rușine să admită că nu pot face față sau că sunt deprimați – depresia pot fi privită ca fiind foarte neplăcută de către ceilalți. Cu toate acestea, unii evită să caute ajutorul, deoarece cred că nu îl vor primi. În plus, pe alții primirea ajutorului îi face să se simtă obligați să întoarcă favoarea și astfel se găsesc într-o poziție de subordonare.

Există un sentiment și un proces ce sunt asociate cu căutarea ajutorului și cu abținerea acestuia – mâhnirea și exprimarea tristeții. Atunci când plângem, emitem semnale de suferință, avem capul plecat etc. Din punct de vedere evoluționist, aceasta înseamnă că nu suntem capabili să înfruntăm pericolul exterior. Este adaptiv totuși în măsura în care activează în ceilalți un comportament de ajutorare. Cel puțin în parte, tocmai atitudinea atentă a celorlalți este cea care ne este de ajutor atunci când suntem întristați. Depresia poate implica adesea tulburări majore ale procesului întristării. Unele persoane nu sunt capabile să plângă deoarece se simt copleșite de sentimentele respective; se simt rușinate sau se așteaptă să fie respinse. Pentru unii dintre aceștia, incapacitatea

de a plânge blochează anumite sisteme afective, iar ceilalți remarcă faptul că au dificultăți în perceperea anumitor sentimente față sine și față de ceilalți (Gilbert și Irons, 2005). Așa cum vom vedea mai târziu, atunci când oamenii încep să simtă compasiune față de sine și nu se mai judecă pe ei înșiși prea aspru, pot ieși la iveală stări de nemulțumire și întristare. Astfel, ei încep să-și dea seama cât de dureroasă a fost depresia prin care au trecut și cât de singuri, neiubiți și neapreciați s-au simțit atât de mult timp. Jane, de exemplu, a fost adoptată într-o familie severă, astfel că, după ce lua bătaie, aceasta stătea întinsă noaptea privind stelele și imaginându-și că mama ei biologică era undeva acolo și că într-o zi va veni să o ia. Când a început să analizeze aceste amintiri, a fost copleșită de plâns și întristare – simțind că, în ciuda terapiei anterioare, nu avusese înainte aceste sentimente. Eu doar stăteam alături de ea vorbindu-i încet, empatizând cât de bine puteam. Când și-a revenit din depresia care a urmărit-o în cea mai mare parte a vieții, a realizat că această experiență și faptul că a reanalizat-o au avut un efect important asupra recuperării ei.

Întristarea poate fi primul semn că oamenii deprimați încep să lucreze cu sentimentele lor și își reactivează sistemele de liniștire socială. Abilitatea terapeutului de a răbda și de a fi blând în privința acestei supărări reprezintă cheia procesului terapeutic, deoarece le permite oamenilor să-și analizeze atent aceste amintiri și sentimente în contextul unor semnale de sprijin într-un tip de relație ce pune bazele diferitelor amintiri afective (Brewin, 2006), care, așa cum vom vedea în capitolul 5, sunt legate de sistemele de atașament. Cu toate acestea, altor persoane deprimate le este foarte dificil să se oprească din plâns sau să nu mai fie triști, în acest caz sarcina terapeutului putând fi diferită.

În încheiere, trebuie spus faptul că modul în care oamenii caută ajutorul poate influența felul în care ceilalți sunt pregătiți și capabili să îl ofere. Aceștia ar putea să se concentreze pe depresia lor, să se plângă sau să fie extrem de morocănoși, însă acest comportament îi poate îndepărta pe ceilalți (Segrin și Abramson, 1994). Ajutorul poate apărea sub diverse forme. De exemplu, unii

oameni pot fi buni în a oferi un ajutor practic, dar să nu fie la fel de buni în a asculta, a împărtăşi sau a acorda credit sentimentelor unei persoane sau în a oferi o consolare minimală. Destul de obişnuit în unele depresii este faptul că sentimente precum cel de acceptare, apreciere şi alinare sunt tocmai ceea ce caută oamenii. Uneori oamenii se află într-un conflict între dorinţa de a primi un ajutor din partea cuiva drag şi faptul că sunt supăraţi tocmai pe acea persoană, astfel încât acest conflict conduce la un fel de blocaj interior. Din cauza acestei supărări, sprijinul oferit nu pare a fi util. Întrebări importante care pot fi adresate sunt: „Ai oameni în jurul tău care simţi că te pot ajuta, sprijini şi înţelege?", „Eşti capabil să recunoşti nevoia de ajutor?", „Cum ai vrea să foloseşti ajutorul acordat?", „Ce te opreşte să cauţi ajutorul?", „Dacă ai plânge în cadrul acestei şedinţe de terapie, cum ai privi acest lucru?".

Un model de strategii de apărare înnăscute problematice

Sistemele noastre de apărare sunt concepute pentru utilizarea pe termen scurt şi acţionează profund în creierul nostru. Acestea pot deveni problematice din cauza complexităţilor vieţii moderne (de exemplu, a căsătoriilor, a serviciului, a traiului în clădiri disfuncţionale) şi a psihologiei umane complexe (de exemplu, raţionarea cognitivă, sistemele formatoare de simboluri, identităţile de sine şi dilemele morale), care pot influenţa reglarea acestora. Prin urmare, aceste strategii defensive simple şi patternurile de răspuns psihobiologice sunt periclitate, blocate, suspendate sau devin ineficiente. Când se întâmplă acest lucru, putem simţi dorinţa de a acţiona asupra lor, impulsionându-ne din interior, dar dacă nu suntem capabili să acţionăm asupra lor într-un mod adaptiv, acestea mai degrabă se pot adăuga la stresul nostru decât să-l rezolve. Acest fapt ne poate cauza unele stări de stres cronic, poate menţine active sistemele de procesare a pericolului, dar în acelaşi timp creşte şi riscul de depresie. Aceste procese pot fi descrise

printr-un model simplu (figura 3.1), care indică modul în care acestea ne pot influenţa. Această terapie implică aşadar parţial ajutorul acordat pentru ca oamenii să le înţeleagă şi fie să acţioneze în mod adaptiv asupra lor, fie să înveţe modalităţi alternative, mai utile, de a face faţă dificultăţilor vieţii.

Să reţinem că, deşi oamenii se pot simţi neajutoraţi, în acest model sentimentul de „frică şi spaimă" este cel care poate fi crucial. În cazul suicidului, oamenii nu numai că se simt neajutoraţi, dar pot simţi şi „frica şi spaima" legate de ceea ce se va întâmpla în viitor, pot avea sentimentul că „nu pot face din nou faţă acestei situaţii" sau că „nu pot trece prin această situaţie". Sunt incluşi în acest grup cei care se sinucid pentru a scăpa de durere, de ruşine sau de revenirea stărilor de depresie (Williams, 1997).

Concluzie

Mulţi terapeuţi se vor concentra asupra gândurilor oamenilor, asupra emoţiilor sau a comportamentelor acestora, dar nu vor încerca să le şi explice acestora motivul pentru care modul lor de gândire/simţire şi dorinţa lor de manifestare reprezintă în parte o reflecţie a sistemelor fundamentale de protecţie-apărare care s-au dezvoltat în creierul nostru. Atunci când pacienţii încep să înţeleagă motivul pentru care se simt astfel, aceasta poate veni în ajutorul construirii unui plan terapeutic care să stabilească sarcinile necesare schimbării. Acesta poate fi de ajutor pentru a elimina personalizarea şi ruşinea în privinţa depresiei şi permite indivizilor să fie mai atenţi la diversele sisteme din mintea lor şi la ceea ce „alimentează în interiorul conştiinţei" aceste sisteme şi structurează conştiinţa de sine. Mintea noastră conştientă ar putea fi foarte sensibilă faţă de suferinţa captivităţii, faţă de disperare sau de înfrângere, faţă de conflictele interioare existente şi poate rumina asupra acestora, dar cu siguranţă aceste sisteme nu evoluează doar pentru a ne da bătăi de cap, ci pentru a motiva sau demotiva anumite acţiuni în vederea autoprotecţiei.

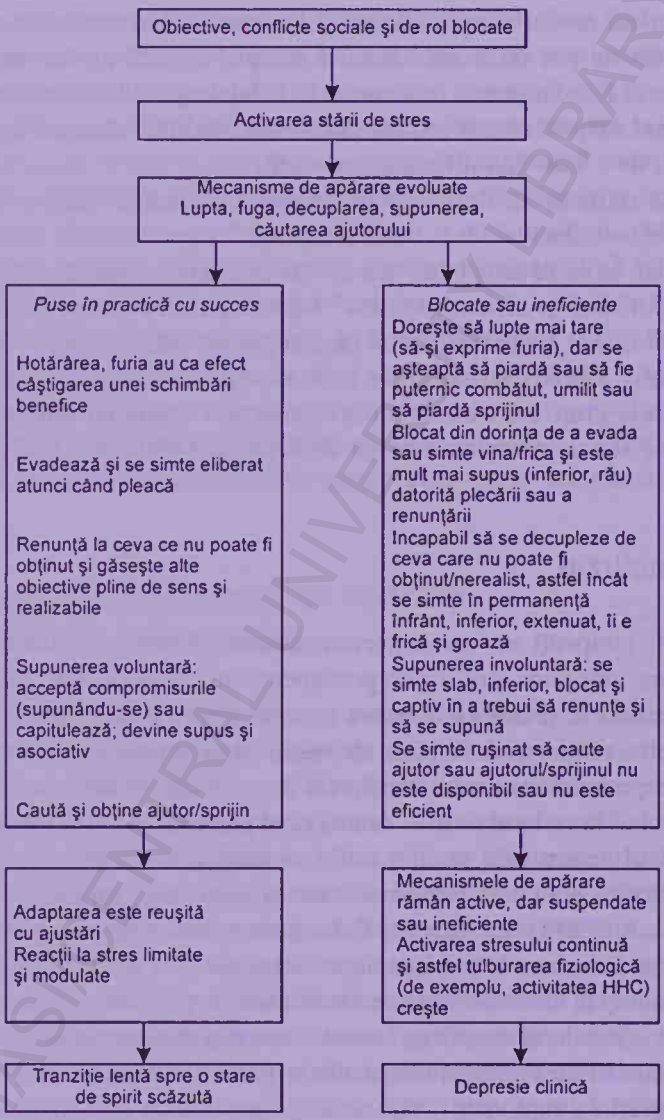


Figura 3.1. *Legătura strategiilor de apărare evoluate cu depresia ce are la bază stresul*

Adaptat după Gilbert, 2001b.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Astfel, cheia către acest tip de gândire a fost tocmai modul în care sistemele de răspuns la ameninţare, dar şi tipurile diferite de sisteme emoţionale pozitive au funcţii şi avantaje diferite. Depresia reprezintă un stimulator al sensibilităţii la pericol, dar are rolul de inhibitor al sentimentelor pozitive. Acest lucru este posibil deoarece procesul evolutiv a generat în noi aceste sisteme. Ele sunt concepute pentru a fi declanşate şi activate, *nu* indiferent de situaţie, ci pentru a fi sensibile la contexte fizice şi sociale. În cazul oamenilor, parte a acestui context care a dus la declanşarea lor provine din eforturile (compromise) de a crea simultan relaţiile sociale dorite şi din sistemele de utilizare a simbolurilor şi cele de formare a identităţii de sine.

Consilierul care foloseşte acest tip de abordare ar putea explica faptul că a ieşi din starea de depresie înseamnă a găsi modalităţile de gândire şi de acţiune care să ajute la rezolvarea strategiilor de protecţie. Astfel, consilierul încearcă să ajute persoana să acorde o mai mare atenţie gândurilor şi sentimentelor proprii, să ia în calcul soluţii alternative şi, de asemenea, să se (re)implice în societate şi să încerce să se deschidă faţă de ceilalţi sau să socializeze în loc să se retragă în sine şi să se ascundă – uneori trebuie să acţionăm pentru a trece peste strategiile noastre primitive de protecţie. Aşadar, clienţii vor trebui uneori să înveţe cum să fie mult mai hotărâţi sau să se străduiască mai mult, alteori trebuie să înveţe să-şi schimbe tacticile sau obiectivele şi, adesea, cum să fie mai toleranţi şi mai buni cu ei înşişi. Frica şi spaima sunt de multe ori parte a sentimentului de depresie. Ideea comună este aceea de a încerca să ne instruim cu grijă mintea să poată recunoaşte, dar în acelaşi timp să şi depăşească sau să inhibe strategiile de protecţie care nu ne mai sunt utile acum şi reprezintă o sursă importantă de durere şi disperare.

Capitolul 4

Abordările comportamentale: aspecte legate de acțiune

Teoriile comportamentale pun accent pe manifestările şi comportamentele sistemelor vii, precum şi pe contextele în care sunt generate comportamentele. Într-o anumită măsură, ele susţin cât de important este să ne gândim la noi înşine şi la animale ca la sisteme şi patternuri de organizare psihobiologice (Timberlake, 1994). Pentru comportamentalişti, dacă se schimbă patternurile manifestărilor/comportamentelor, atunci se schimbă şi organizarea internă şi patternurile sistemelor. De aceea, este esenţial să se pună accentul pe comportament în mod contextualizat. În capitolul anterior ne-am axat pe pierderea controlului, pe pasivitate, evitare şi alte tipuri de mecanisme de apărare inhibitorii, precum evadarea şi furia. Acestea sunt de fapt comportamentele problematice de adaptare ce apar în contextul unei ameninţări şi pe care comportamentaliştii le consideră elemente-cheie ale depresiei. Ei se axează mai mult pe experienţa directă, şi mai puţin pe mediatorii cognitivi ai experienţei. Pentru ca o persoană să înveţe să conducă, să ţină un discurs sau să-şi depăşească (să spunem) agorafobia, ea trebuie „să acţioneze" în pofida fricii. La fel este şi în cazul depresiei : acţiunea poate fi un reglator puternic al dispoziţiilor. Astfel că, înainte de a explora relaţiile sociale şi schemele interpersonale (capitolul 5) şi procesele cognitive (capitolul 6) în depresie, acest capitol va pune accentul pe abordările comportamentale. Aceasta ne va permite să observăm felul în care abordările comportamentale se împletesc cu alte abordări terapeutice avute în vedere de noi şi cum pot fi ele elementul central al acestora.

Aşa cum am subliniat şi în altă parte (Gilbert, 1992), există două abordări de bază ale depresiei. O abordare pune accentul pe ceea ce se numeşte *condiţionarea clasică* a memoriei afective şi legătura dintre emoţii. Cealaltă se concentrează pe manifestările sau comportamentele funcţionale ale unei persoane şi pe modalitatea prin care acestea se pot diminua, se pot centra pe evitare sau tind să atragă critica şi pedeapsa din partea mediului. Ambele abordări consideră că unele depresii sunt consecinţele *naturale* ale anumitor tipuri de învăţare şi evenimente din viaţă. Ele se centrează mai puţin pe plasarea sursei depresiei în *interiorul* persoanei în termeni de cogniţii eronate sau de probleme neurofiziologice şi mai mult pe modul în care persoana *interacţionează* cu lumea (Martell *et al.*, 2001). Comportamentaliştii sugerează că schimbarea directă a comportamentului produce de asemenea schimbări la nivelul diferiţilor parametri cognitivi, care includ şi convingerile şi aşteptările legate de propria eficienţă (Bandura, 1977). Este recunoscut faptul că generalizarea unei schimbări din afara sesiunii terapeutice necesită o schimbare comportamentală. Am putea face şi o analogie: o persoană poate citi tot ce se poate citi despre maşini (le poate înţelege), dar poate să nu fie niciodată capabilă să conducă o maşină şi să-i fie în continuare frică de această activitate până când o practică.

Conflicte

Perspectivele psihanalitice privesc diferite comportamente ca simptome ale psihopatologiei şi ca indicatori ai unui conflict profund, subiacent, adeseori inconştient. În cazul în care comportamentele se schimbă fără a rezolva acest conflict, simptomele îşi vor schimba forma (datorită unei devieri de energie), însă individul nu va fi restabilit şi apt să funcţioneze sănătos. Behavioriştii, pe de altă parte, privesc simptomele comportamentale fie ca pe o dovadă de dereglare, fie ca pe dereglarea în sine. Ei nu caută conflicte mai profunde. Această polarizare a perspectivelor nu este

de nici un folos şi este înşelătoare. În realitate, comportamentaliştii privesc şi ei comportamentul nevrotic ca având-şi originea în *conflictul interior* (Gray, 1979). Totuşi, aceste conflicte pot sau nu să fie la dispoziţia conştiinţei, dar sunt în legătură cu conflictele de tip confruntare-evitare, cu problemele de anxietate condiţionată şi cu contingenţele de tip abordare-manifestare percepute. De fapt, multe animale pot avea conflicte de tip apropiere-evitare, dar aceasta nu înseamnă că sunt conştiente de ele. De aceea, multe dintre abordările comportamentaliste ale depresiei se centrează implicit, dacă nu explicit, pe depresie ca pe o problemă ce ţine de comportamentele de răspuns la pericol şi de căutare a siguranţei.

Modelul depresiei bazate pe anxietatea condiționată propus de Wolpe

În 1971, Wolpe a prezentat o teorie a depresiei bazată pe condiţionarea clasică, afirmând că depresia este o consecinţă a anxietăţii condiţionate. Spre deosebire de multe alte modele comportamentaliste, Wolpe face o distincţie clară între depresia normală, nevrotică şi cea endogenă şi-şi limitează analiza la depresia nevrotică. El susţine că nevroza depresivă ar trebui privită ca orice altă nevroză, fiind alimentată de *anxietatea condiţionată*. El defineşte nevroza ca un comportament de neputinţă persistent care a fost dobândit prin învăţare într-o situaţie sau într-o succesiune de situaţii generatoare de anxietate. Astfel, Wolpe sugerează că ar trebui să ne îndreptăm atenţia către formele mai vechi de anxietate induse experimental, care, aşa cum susţine el în mod corect, tind să fie uitate în zilele noastre. Ideea de bază a lui Wolpe este aceea că în situaţii de anxietate se produc diminuări ale comportamentului pozitiv (de întărire). Observaţia lui Wolpe privind relaţia dintre anxietatea condiţionată şi încetarea comportamentelor pozitive de întărire este una importantă. Într-adevăr, modelul neputinţei învăţate (Seligman, 1975), care a fost tratat în capitolul anterior, face

referință la factorii de stres care provoacă anxietate și care, în timp, reduc afectele pozitive. Wolpe atrage de asemenea atenția asupra consecințelor comportamentale ale conflictelor puternice de tip apropiere-evitare.

Wolpe (1979) oferă o clasificare precisă a depresiei nevrotice în funcție de răspunsurile de tipul anxietății condiționate dobândite. El propune patru subtipuri de depresie:

1. depresia ca o consecință a unei anxietăți severe și prelungite care este condiționată în mod direct;
2. depresia ca o consecință a unei anxietăți bazate pe percepții eronate de autodevalorizare;
3. depresia ca o consecință a unei anxietăți bazate pe incapacitatea de a controla comportamentul interpersonal;
4. depresia ca o consecință a unor răspunsuri severe și prelungite față de o pierdere grea.

Dacă anxietatea și teama sunt evidente în cazul depresiei (fapt dovedit adesea de cercetările întreprinse), atunci multe dintre tehnicile comportamentale de control al anxietății pot fi de ajutor (de exemplu, relaxarea, expunerea și desensibilizarea – vezi Clark, 1999). Cu toate acestea, unor clienți deprimați nu le sunt de folos exercițiile de relaxare. Aceasta din cauza faptului că, în depresie, clientul poate fi foarte centrat pe ruminație și gânduri interioare negative. Este adesea de mai mult folos să se utilizeze forme variate de activitate care îi determină să-și îndrepte atenția spre exterior. Cu alte cuvinte, trebuie lucrat cu ceea ce funcționează în cazul fiecărui client. În plus, este bine să ne familiarizăm cu modalitățile de ajutorare a persoanelor cu anxietate socială, deoarece aceasta este o complicație ce apare frecvent în caz de depresie (de exemplu, vezi Bates și Clark, 1998; Beidel și Turner, 1998).

De asemenea, depresia presupune adesea apariția anxietății în legătură cu posibile comportamente care presupun o inițiativă personală, cum ar fi comportarea mai hotărâtă cu șefii, cu partenerul, cu copiii sau cu prietenii, ruperea unui mariaj dificil sau schimbarea unei profesii. Într-adevăr, astfel se explică de ce comportamentele

pot fi inhibate sau reținute (vezi capitolul 3). *Anxietatea* în fața schimbării (de exemplu, aceea de a face schimbări în viața personală) poate reprezenta principalul motiv pentru care oamenii se simt sau devin captivi. La aceasta mai putem adăuga ideea că unele persoane prezintă o anxietate condiționată față de o varietate de stimuli interni, precum sentimentele de furie sau de vulnerabilitate (vezi mai jos). Wolpe consideră că, în absența unei contracondiționări a acestor comportamente de răspuns (acțiunea directă asupra anxietății care stă la baza unor forme de evitare), ele nu vor dispărea în timp. Prefer acest model pentru că subliniază importanța anxietății care poate sta la baza depresiei și care poate fi un factor de vulnerabilitate pentru aceasta. Alte modele ale depresiei subliniază prea puțin acest fapt. De asemenea, arată care sunt intervențiile-cheie în cazul anxietății.

Importanța conflictelor de tipul apropiere-evitare

Wolpe a arătat importanța conflictelor de tipul apropiere-evitare, dar nu a arătat pe deplin care este elementul-cheie al acestora. Este necesar să înțelegem conflictele de apropiere-evitare deoarece ele pot juca *un rol central* în anumite depresii. Să presupunem că vrem să învățăm un șobolan să urmeze un drum către mâncare atunci când deasupra intrării se află un pătrat, dar dacă deasupra intrării este un cerc, șobolanul va fi ușor electrocutat atunci când intră. Șobolanul aleargă spre mâncare atunci când vede pătratul și o evită atunci când vede cercul. Nici o problemă. Dar să presupunem că în mod gradat facem ca pătratul să fie greu de distins de cerc, dându-i acestuia din urmă o formă mai eliptică. În aceste condiții, am creat tendințe de acțiune comportamentale competitive care tind să se suprapună. Acum, șobolanul, care era fericit să alerge la mâncare sau să evite șocul electric, devine confuz, foarte agitat și dezorientat. Se poate angaja într-un comportament cum ar fi cel de a se învârti în cerc, în manifestări stereotipe bizare și

chiar să se muşte singur, toate acestea fiind indicatori ai unei activări ridicate a stresului din sistemele fiziologice. Cu cât animalul este mai înfometat (cu cât îşi doreşte mai mult sursa de hrană), cu atât comportamentul său este mai haotic. Să ne amintim că nu era nici o problemă atunci când ştia ce să facă – să alerge sau să evite. Ceea ce demonstrează că sistemele psihobiologice devin dezorganizate atunci când intră în competiţie pentru a se exprima şi le este dificil să se regleze atunci când apar conflicte de tipul apropiere-evitare. Conflictele *interioare* în ceea ce priveşte decizia asupra a ceea ce trebuie să faci pot fi extrem de stresante! Gray (1979) face o excelentă trecere în revistă şi o punere în discuţie a studiilor comportamentale privind aceste aspecte.

Unele depresii includ conflicte de tipul apropiere-evitare: să rămân în această căsătorie lipsită de dragoste de dragul copiilor şi al securităţii financiare sau să evadez? Să renunţ la acest serviciu în care sunt hărţuit şi care mă extenuează şi să renunţ la salariul meu sau să-l păstrez şi să-mi plătesc creditele? Să-mi iau o slujbă mai puţin stresantă şi să-mi petrec mai mult timp cu copiii, dar să nu mai pot locui în această casă sau să-mi petrec vacanţele în diverse locuri? Să-mi schimb serviciul şi astfel să renunţ la reţeaua mea de relaţii sau să stau unde mă aflu? Să-mi exprim sentimentele, riscând să fiu respins sau să le reprim şi să fiu subordonat? Oricare variantă ai alege, există aspecte pozitive şi negative. Este posibil ca persoanele deprimate să nu fie total conştiente de intensitatea conflictelor pe care le trăiesc, în special când acestea sunt reprimate. Consilierul poate fi de ajutor aici, explorând avantajele şi dezavantajele diferitelor comportamente (Beck *et al.*, 1979). Uneori, oamenilor le este ruşine de conflictele lor. De exemplu, am lucrat cu un bărbat destulă vreme înainte să-mi spună că avea o relaţie extraconjugală, dar nu era sigur dacă să-şi părăsească soţia.

Persoanele pot, în aceste stări conflictuale, să ajungă de asemenea la disociere. De exemplu, Jon se simţea din ce în ce mai copleşit la serviciu. Într-o zi şi-a dat seama că, în loc să meargă la serviciu, a condus maşina până pe coastă şi acolo s-a plimbat pe plajă. Nu prea şi-a dat seama cum de a ajuns acolo, dar şi-a

descris starea mentală ca fiind „ca într-o ceață". Mai târziu, Jon a putut reflecta asupra faptului că nu-și putea părăsi serviciul stresant deoarece ar fi simțit că-și dezamăgește familia și colegii de serviciu. Să se gândească până la capăt la părăsirea serviciului era „o perspectivă foarte înspăimântătoare". În sfârșit, aceasta l-a ajutat să-și reducă simțul hiperdezvoltat al responsabilității și l-a învățat să împartă problemele mai degrabă decât „să le tot adune", ceea ce l-a sprijinit să facă față mult mai bine la serviciu. Deci conflictele de tipul apropiere-evitare ne pot dezorganiza gândirea – exact așa cum i s-a întâmplat bietului șobolan din cazul prezentat anterior! Iar rezolvarea problemei devine foarte dificilă deoarece „pur și simplu, nu putem gândi clar" și de aceea avem nevoie de o altă minte, mai puțin dezorganizată, pentru a le rezolva și pentru a ne liniști. Prin urmare, dificultățile în rezolvarea de probleme pot fi puse în legătură cu dezorganizarea „minții", ce rezultă din conflicte și dileme dificile.

Observăm de asemenea că, atunci când oamenii suferă de depresie, ei încep să devină foarte sensibili la conflictele care apar în urma luării deciziilor. Să merg la cumpărături acum sau să-l aștept pe lucrătorul de la gaze? Până și cele mai neînsemnate decizii pot părea inabordabile. Așa cum mi-a spus cineva: „Intru în starea aceea de «nu sunt sigur(ă) că» și amân, ca și cum capacitatea mea de a lua decizii a dispărut". Acesta poate fi generalizat ca un simptom comun, dar deranjant, al unui stres ridicat sau al depresiei.

Vom discuta problemele legate de atașament în capitolul următor, dar putem să remarcăm aici faptul că persoanele care provin din medii cu atașament sigur și îi pot folosi pe alții ca sursă de ajutor, de liniștire și de comunicare, știind că sunt alții care să-i susțină indiferent de ce decizie vor lua, sunt mult mai în măsură să facă față și să rezolve conflictele de tipul abordare-conflict. Cei care provin din medii nesigure este mult mai probabil să acționeze fie impulsiv, fie să se împotmolească, având mintea plină de lucruri care se învârt în cerc, devenind extrem de dezorganizați, stresați și deprimați.

O altă sursă de conflict care poate duce la dezorganizare o reprezintă apariția unor conflicte între diferite *emoții* puternice și

tendințele de acțiune. Exemplul clasic este, bineînțeles, iubirea și ura. Gândurile contradictorii și dilemele sunt de asemenea prezente în cazul depresiilor, iar incapacitatea de a le rezolva poate fi o sursă de stres cronic. Ar putea fi de ajutor ca aceste gânduri să le notăm împreună cu aceste persoane, astfel încât acestea să poată vedea clar care sunt (adesea, deprimații nu au o idee prea clară despre conflictele pe care le trăiesc) și să le explicăm în ce moduri ne pot stresa conflictele.

Modelul lui Ferster de reglaj comportamental

În 1973 și 1974, Ferster a publicat două lucrări importante despre depresie, descriind aplicabilitatea modelelor de învățare clasică și operantă în cazul acesteia. Mulți alți terapeuți comportamentaliști s-au inspirat de aici. Ferster a subliniat faptul că avem întotdeauna nevoie să înțelegem *funcțiile comportamentului*. Doi oameni iau o supradoză: unul pentru că voia să moară, celălalt pentru că era beat și a crezut că a luat un analgezic pentru o durere de cap. Ca majoritatea comportamentaliștilor, Ferster pune accentul pe comportamentele de evitare asociate depresiei și pe modalitatea în care acestea pot fi întărite (de exemplu, printr-o calmare de scurtă durată), însă, pe termen lung, ele pot înrăutăți situația. El susține că aceste dificultăți pot să apară când oamenilor li se cere să își regleze comportamentul pentru a face față la perturbările/schimbările din viața lor. El consideră că eșecurile de reglare a comportamentului pot fi legate de percepția negativă a situațiilor circumstanțelor de întărire. Autorul subliniază trei astfel de dificultăți. Persoanele deprimate pot avea:

- o perspectivă limitată asupra lumii. În această situație, persoana deprimată poate să nu fie capabilă să vadă care dintre comportamente sunt potrivite pentru a reinstala niveluri adecvate de întărire. Ea pot să stea supărată și să se plângă, dar nu are nici o intuiție privind comportamentul care ar putea să-i aducă întărirea dorită;
- o perspectivă contorsionată asupra lumii. În această situație, persoana deprimată poate să fie conștientă de comportamentele

care sunt necesare, dar se teme de consecințele aversive ale unui astfel de comportament. Cu alte cuvinte, pasivitatea se află sub un control aversiv* (de exemplu, al anxietății), datorită proprietăților sale cu potențial de întărire negativă;

- o perspectivă fixă asupra lumii. În această situație, nu este vorba atât despre o lipsă de percepție sau o teamă de consecințe aversive, cât despre o lipsă de abilități. Cu alte cuvinte, repertoriul comportamental nu este suficient de dezvoltat sau de cuprinzător pentru a fi capabil să se adapteze la schimbările semnificative oferite de întărire şi de evenimentele vieții. Ferster compară această viziune cu un fel de oprire în dezvoltare (asemănătoare, dar nu identică, cu conceptul psihanalitic de fixație).

Emoții reprimate

O altă idee-cheie a lui Ferster este aceea că, pentru anumiți oameni, unele emoții/dorințe se află sub control inhibitor condiționat. Ferster (1973) a subliniat faptul că, dacă manifestarea furiei sau a nevoii de afecțiune de către un copil este pedepsită în mod constant, acest lucru va genera anxietate şi frică de pedeapsă. Astfel, stimulii interni/sentimentele de furie sau de căutare a afecțiunii vor fi asociate cu frica. În cele din urmă, stimularea furiei sau a nevoii de afecțiune va determina apariția unui răspuns condiționat de frică/anxietate. În acest context, copilul poate deveni în mod gradat inconştient de sentimentele de furie sau de nevoie de afecțiune în situații când acestea ar putea fi folositoare. În loc de aceasta, ei sunt doar conştienți de anxietatea condiționată secundar de stimuli, şi nu de sentimentele sau motivele de furie sau de nevoie de afecțiune. Aceasta poate avea consecințe serioase asupra abilității copilului de a recunoaşte anumite emoții şi de a le maturiza în moduri care să-i fie de folos. Să luăm cazul lui Jane, care a perceput-o pe mama sa ca fiind puternică şi critică față de ea, dar de asemenea „ca având întotdeauna dreptate/fiind

---

* *Controlul aversiv* în terapia comportamentală reprezintă folosirea de stimuli neplăcuți pentru a schimba un comportament nedorit (n. tr.).

inteligentă". Jane a idealizat-o şi s-a bazat pe ea pentru a primi ajutor. Ea credea despre ea însăşi că nu este atractivă din punct de vedere fizic. Jane îşi amintea cum mama ei îi spunea adesea că are un corp ciudat şi că „tot ce poartă arată ca o cârpă pe ea". Deşi aceste „descurajări" erau în mod clar o sursă de ruşine (iar ea a internalizat aceste judecăţi), Jane a fost la început inconştientă de aceasta, iar apoi i-a fost teamă de conştientizarea furiei faţă de mama sa pentru că i-a indus sentimente de ruşine sau a faptului că mama ei ar putea să greşească.

A începe să iei în considerare aceste alternative poate fi extrem de ameninţător, mai ales dacă „celălalt" este mai puternic şi poate să te rănească pentru revoltă sau pentru nesupunere (Gilbert şi Irons, 2005). Vindecarea sa de ruşine s-a produs odată cu faptul că a văzut-o ca *ne*având întotdeauna dreptate, că a conştientizat şi că a procesat furia îndreptată împotriva mamei şi teama de contra-atacul sau de pedeapsa acesteia (ca de la dominator la subordonat), că a renunţat la dependenţă, că a învăţat să se adapteze la dinamica modificată a legăturii dintre mamă şi fiică. Vindecarea ruşinii poate adesea să necesite schimbări ale reprezentării noastre interne a celuilalt, o procesare a fricii şi a emoţiilor condiţionate, o rememorare a evenimentelor traumatizante legate de ruşine şi de lucrul cu acestea, o reducere a mijloacelor de apărare docilă şi transformarea într-o persoană mult mai capabilă de a apăra/menţine un simţ al sinelui în faţa „atacurilor" externe şi interne (legate de memorie). Acestea pot fi esenţiale în schimbarea *auto*evaluărilor. Vom studia aceasta mai detaliat în capitolele următoare.

Aşa cum s-a observat pe parcursul acestei cărţi, anxietatea şi furia sunt adesea emoţii esenţiale care pot fi problematice pentru persoanele deprimate şi pot necesita o atenţie deosebită. Unele persoane se tem de furie şi de expresiile furiei şi întâmpină dificultăţi în a se comporta categoric. Astfel, în cazul lui Bob, acesta simţea furie faţă de ceilalţi, se temea să şi-o exprime, se autoevalua negativ pentru că se simţea furios, acţiona docil şi apoi se simţea mai plin de resentimente şi de furie. Karen avea o mare nevoie de a fi apreciată; de asemenea, se temea să-şi arate furia,

dar afișa o „față zâmbitoare" în timp ce se tot gândea la furia ei. Kim era supusă față de solicitările altora (pentru că dorea să se facă plăcută), accepta prea multe, devenea stresată și iritabilă și uneori simțea cum explodează în interior. Era supărată pe copiii săi, iar apoi izbucnea în plâns, simțindu-se o persoană rea. Voia să fugă de toate solicitările care i se adresau și „ar fi fost mai bine dacă s-ar fi sinucis". Apoi devenea foarte speriată că ar putea să-și pună în aplicare gândul sinucigaș. Toți acești oameni aveau și coșmaruri înspăimântătoare, nedându-și seama că o parte din agresiunea din aceste vise era determinată de propria furie.

Terapeuții care investighează emoțiile s-au întrebat cum se poate să ne fie teamă de anumite emoții precum furia și să acționăm într-un mod dominant (să ne impunem cererile) mai degrabă decât să fim supuși și că terapia poate fi un moment în care să se depășească această frică și să se proceseze aceste sentimente tolerându-le (Greenberg și Watson, 2006). A învăța cum se poate lucra cu sentimente evitate sau reprimate sau a le tolera este o abordare foarte asemănătoare cu cea comportamentalistă. Furia și frica de ea se normalizează, de exemplu, acordând atenție unor filme precum *The Hulk* și percepând-o ca pe un sentiment obișnuit, chiar dacă neplăcut. A învăța să tolerezi furia, a-i ajuta pe oameni să înțeleagă cât de problematice sunt ruminațiile legate de furie și învățarea unor aprecieri și comportamente asertive mai folositoare (și adaptarea la teama de asertivitate, în special la teama de a nu fi plăcut de ceilalți) poate fi un pas important în ajutarea unor persoane deprimate.

Ce se află în spatele emoțiilor

În timp ce behavioriștii se pot concentra asupra condiționării comportamentelor și emoțiilor și asupra modului în care o emoție poate acționa ca un stimul pentru o alta, noi putem intra mai în profunzime. Sunt condiționate *patternurile de răspuns psiho-biologic*. Aceste patternuri de afecte pozitive (ca întărite) și de

afecte negative (ca diminuate) pot fi obținute prin anumiți stimuli. Aceasta înseamnă că anumiți stimuli pot activa diferite patternuri și strategii de protecție. Ca parte a patternului, emoțiile, gândurile și amintirile afective pot fi activate fiecare în paralel. O problemă complexă de cercetare o reprezintă părți din acest pattern care sunt conștientizate sau nu (Hassin, Uleman și Bargh, 2005). În cazul terapeutului care lucrează cu cazuri complexe, înțelegerea puterii condiționării și a modului în care asociațiile din mintea noastră (până la nivel neuronal) pot fi declanșate rapid poate fi de folos pentru înțelegerea stărilor de dispoziție.

Folosirea imaginației

Există o istorie îndelungată a folosirii imaginației în psihoterapie, iar aceasta poate avea un efect puternic asupra emoțiilor și concepțiilor noastre (Singer, 2006). Sentimentele de furie față de persoane din trecut pot fi rezolvate prin folosirea tehnicilor de retrăire și imaginație. De exemplu, Hackmann (2005) oferă exemple de moduri în care oamenii pot să proceseze amintirile (de exemplu, sentimentul de furie față de părinți pentru anumite comportamente) și să producă mesaje persistente (în imaginar).

În cazurile în care anxietatea este profundă, este bine să se obțină înțelegerea clară a imaginilor și a fanteziilor furiei. Apoi, puteți dezvolta imagini și fantezii alternative pentru clienți, pe care să le practice în situațiile de care le este teamă. Puteți practica generând scene mentale vizuale. De exemplu, o clientă deprimată care se temea de întuneric își imagina că era atacată și se percepea ca fiind neajutorată. Totul venea din copilărie, când mama ei era foarte agresivă fizic și când pasivitatea și ascunderea *chiar erau* singurele modalități de a reduce atacurile. Prin urmare, am învățat-o să se imagineze contracarând. Ea nu se gândise niciodată la această posibilitate, dar s-a dovedit a fi o intervenție de mare ajutor în cazul ei, mai ales atunci când a făcut legătura între imaginile ei de pasivitate și problemele din copilărie. De fapt, este

destul de greu să nu te gândeşti la ceva; de aceea, a-i pune pe clienţi să „nu se gândească" la gândurile lor automate sau „să şi le scoată din minte" nu funcţionează. Este mai bine să găsească gânduri sau imagini alternative (vezi Hackmann, 1997).

Aspecte-cheie

1. Comportamentaliştii se axează pe *rolurile* comportamentului şi acestea pot fi foarte mult individualizate la nivelul unei persoane.
2. Conflictele de tipul apropiere-evitare şi dilemele dureroase pot creşte stresul şi ne pot dezorganiza mințile, făcând dificilă gândirea „clară" – oamenii pot simți că mințile lor sunt „în ceață".
3. Multe comportamente caracteristice depresiei sunt forme ale *comportamentelor de siguranță*, precum obedienţa şi evitarea sau încercări nefolositoare de reglare (evitare) a emoțiilor problematice, a situațiilor sau a contextelor interpersonale.
4. Emoțiile şi „frica de emoții" sunt probleme interne obişnuite, care trebuie abordate în depresii. Este deci important să avem o bună înțelegere a modului în care anxietatea şi furia operează şi pot intra în conflict în cazul unei persoane deprimate.
5. A învăța cum să accepți, să tolerezi şi să lucrezi cu emoțiile şi cum să reduci comportamente legate de depresie ocupă un loc central în multe tipuri de abordări comportamentale.

Modelul de adaptare la stres al lui Perrez şi Reicherts

Perrez şi Reicherts (1992) au dezvoltat un model de foarte mare ajutor în clasificarea mai multor elemente în cadrul modelului comportamental de adaptare. Esenţială pentru modelul lor este relaţia dintre aspectele obiective ale situaţiei şi experienţele subiective. O sinteză a perspectivei lor se găseşte în tabelul 4.1.

Tabelul 4.1. *Caracteristicile distinctive şi obiective ale stresului*

1.	Pierderea	Suprimarea unei surse dorite de răsplată sau de întărire pozitivă (de exemplu, pierderea unei relații).
2.	Pedeapsa	O întâmplare neplăcută (de exemplu, un atac, un accident rutier).
Dimensiunile obiective ale situației		
1.	Valența	Stresul inerent situațiilor.
2.	Controlabilitatea	Posibilitățile inerente de control din cadrul unei situații.
3.	Schimbarea	Probabilitatea ca situația să se schimbe de la sine, adică prin propria ei dinamică (de exemplu, vremea).
4.	Ambiguitatea	Gradul până la care o situație nu oferă îndeajuns de multe informații pentru a o înțelege în mod clar.
5.	Reapariția	Posibilitatea inerentă a reapariției unei situații stresante.
Dimensiunile subiective ale situației		
1.	Valența	Sensul subiectiv al unei situații/eveniment care contribuie la stres, dar care este determinat individual.
2.	Controlabilitatea	Evaluarea subiectivă a capacității personale de a controla o situație stresantă.
3.	Schimbarea	Evaluarea subiectivă a posibilității ca evenimentul stresant să se schimbe de la sine, nefiind nevoie ca persoana să ia atitudine.
4.	Ambiguitatea	Evaluarea subiectivă a ambiguității şi incertitudinii situației.
5.	Reapariția	Evaluarea subiectivă a reapariției situației stresante.
6.	Familiaritatea	Măsura în care o persoană are experiență cu o astfel de situație.

Sursă: Perrez şi Reicherts, 1992, p. 26, cu permisiune din partea editurii Hogrefe and Huber.

În studiile lor, ei au descoperit că persoanele deprimate subestimează gradul în care pot schimba situaţiile, pot opera eficient asupra unui factor de stres, pot influenţa rezultatele (controlabilitatea) şi gradul în care situaţiile înseşi se pot schimba (variabilitatea).

Ei subliniază faptul că copingul adaptiv este *întotdeauna specific* și face referire la o interacțiune între persoană și situație. De exemplu, dacă factorii de stres nu pot fi schimbați (de exemplu, firma la care lucrează cineva se închide și acel cineva își pierde serviciul sau cineva are o boală gravă), atunci strategia principală de adaptare este aceea de a face față situației în timp ce caută noi comportamente posibile de adaptare. Aceasta poate presupune dezvoltarea de noi abilități pentru tipuri noi de muncă sau învățarea comportamentului de adaptare la boală. Dacă există posibilitatea ca factorii de stres să se schimbe de la sine (de exemplu, în cazul unei gripe), atunci atitudinea este aceea de a se odihni și de a aștepta ca situația să se îmbunătățească. Dacă persoana știe că situațiile nu sunt stabile, atunci pasivitatea poate fi de folos. Dacă, de exemplu, cineva are de-a face cu o persoană schimbătoare, care se calmează rapid, poate fi mai util să aștepte până când aceasta se calmează înainte de a discuta cu ea. Dacă problema este foarte ambiguă, atunci este de folos să fie căutate mai multe informații. Dacă cineva nu are îndeajuns de multe cunoștințe, atunci căutarea de informații și de ajutor de la alții poate fi de folos. Dacă cineva solicită ajutorul celorlalți (de exemplu, operație pe creier) și-i lasă pe alții (de exemplu, chirurgul) să dețină controlul, acesta poate fi un lucru de ajutor. Uneori, evitarea este importantă, de exemplu, evitarea alimentelor care știi că îți fac rău sau evitarea persoanelor care te agresează. Uneori, persoanele deprimate care au conflicte majore cu părinții se pot simți mai bine dacă învață să se separe de ei și să rămână la distanță.

În această situație, ideea este prin urmare aceea că acceptarea, evitarea, pasivitatea, angajamentul activ și căutarea informațiilor pot fi folositoare în anumite contexte. Nu se pot identifica comportamente de adaptare în afara contextelor, a nevoilor individuale ale individului și a modalităților de adaptare.

Terapia de activare comportamentală

Terapia de activare comportamentală (AC) este prezentată în Martell, Addis şi Jacobson (2001). Această abordare, al cărei deschizător de drumuri a fost Neil Jacobson, are din ce în ce mai multe dovezi care să o susţină. Aşa cum au observat Martell şi colaboratorii săi (2001), sintagma „activare comportamentală" nu este foarte bine aleasă, pentru că uneori consilierii ajută persoana să atenueze anumite comportamente. Această abordare reprezintă o extindere a abordărilor comportamentale anterioare descrise mai sus. Un studiu recent (Dimidjian *et al.*, 2006) a arătat că AC este foarte eficientă în cazul persoanelor deprimate, în special pentru cei cu depresie clinică, şi poate fi mai eficientă decât terapiile care se axează pe cogniţii (TC). Totuşi, ruminaţia, un obiectiv cognitiv principal, a fost abordată mai mult în intervenţiile de tip AC decât în TC. Activarea comportamentală nu se centrează pe conţinutul sau pe validitatea gândurilor sau a ruminaţiei, ci pe utilitatea şi capacitatea lor de a fi de ajutor. Astfel, ea explorează distincţii între procese care pot ajuta sau nu.

AC sugerează că un consilier ar trebui să dezvolte o înţelegere profundă şi împărtăşită a celor de mai jos:

1. contextul de activare în care apare depresia – ce s-a întâmplat în viaţa unei persoane şi a cauzat depresia;
2. modul în care contextul şi evenimentul sau evenimentele de viaţă determină anumite eforturi şi comportamente de adaptare normale, dar care nu au ajutat la adaptarea la contextul şi la factorul de stres pe care l-au resimţit;
3. cum anume pot deveni acele comportamente (denumite probleme secundare, precum evitarea şi ruminaţia) surse de depresie;
4. modul în care stau lucrurile în momentul de faţă (de exemplu, factori de stres ai vieţii prezente, calitatea relaţiilor, comportamentele de adaptare);
5. să convină asupra unui plan terapeutic bazat pe modelul comportamental;

6. să convină asupra unei abordări care are ca scop eforturile de a dezvolta un nou repertoriu de comportamente și de strategii de adaptare;
7. să conștientizeze (și să țină cont de) faptul că trecerea la comportamente noi poate fi dificilă.

Abordarea AC se centrează mai puțin pe (dar nu ignoră) interpretările și gândurile despre lucruri și mai mult pe înțelegerea funcțiilor unor anumite comportamente legate de depresie și modul în care pun în act anumite comportamente antidepresive. Întrebările esențiale aici includ: „Cum te-ai comporta sau cum ai face față situației dacă nu ai fi deprimat?", „Cum ai sfătui o altă persoană aflată în aceeași situație?".

Abordările comportamentale ale depresiei se centrează pe a ajuta persoanele să vadă cum le-a schimbat depresia stilul comportamental (de exemplu, e posibil să fi devenit mai limitați și mai evitanți). Ca și alte abordări behavioriste, AC constă în ideea că sentimentele și gândurile noastre sunt influențate în mod semnificativ de interacțiunile noastre cu mediile social și nonsocial. AC urmărește o idee behavioristă fundamentală care susține că schimbarea comportamentelor și creșterea recompenselor pentru acestea sunt esențiale în schimbarea stării interioare.

Ajutarea persoanelor să-și schimbe comportamentele poate uneori să însemne renunțarea la mecanisme de apărare inutile și ineficiente și la comportamente de siguranță. De exemplu, evitarea, când cineva stă foarte mult în pat, poate fi un obiectiv de schimbare esențial. Învățarea planificării activităților pas cu pas poate fi de folos. Sau poate că persoanele trebuie să construiască mai mult „spațiu personal" în viața lor dacă au multe solicitări și forme de presiune de rol. Aceasta poate să presupună acceptarea faptului că avem resurse limitate, și nu inepuizabile. Se poate observa că, precum un cont bancar, dacă cineva tot ia bani fără să mai pună înapoi, atunci, mai devreme sau mai târziu, acel cineva rămâne cu contul gol! Prin urmare, accentul cade pe ceea ce acumulează o persoană de-a lungul vieții acționând ca recompense și catalizatori.

Stiluri de viață

Există o foarte mare varietate de stiluri de viaţă care contribuie la depresie. Aici sunt importante analiza patternurilor de somn şi a „igienei somnului" (Espie, 2006). Pacientul ar trebui să stea treaz până când se simte obosit şi să evite somnul de scurtă durată din timpul zilei, să evite să stea în pat şi să rumineze (de exemplu, dacă nu a adormit după 15 minute, să se ridice din pat şi să facă ceva), să evite alcoolul ca modalitate de a adormi în cazul insomniilor şi să evite activitatea mentală (complexă) înainte de culcare. O dietă echilibrată este importantă (de exemplu, reducerea cantităţii de cafea ingerată dacă aceasta este mare sau renunţarea la dulciurile dintre mese). Discutaţi cu clientul despre cum inactivitatea creşte depresia (o încetinire a metabolismului), dar *exerciţiul fizic* şi activităţile direcţionate o pot reduce. Ar putea să se gândească să meargă la o sală de gimnastică. Există şi persoane cu care să meargă? Aceste sugestii simple pot fi un nucleu în jurul căruia clienţii pot simţi că exercită mai mult control şi că se pot ajuta pe ei înşişi.

Rezolvarea problemelor şi abordările centrate pe soluții

Pentru că persoanele deprimate devin dezorganizate sau extenuate (de exemplu, prin conflictele de tip abordare-conflict şi prin stres), ei se pot simţi copleşiţi de problemele lor; totul le apare ca o masă imensă şi nedesluşită de dificultăţi. Rezolvarea unei probleme presupune discutarea şi recunoaşterea acesteia. O metodă de a o aborda este aceea de a descompune problemele în dificultăţi specifice. De exemplu, o persoană poate elabora o listă de probleme şi apoi să se gândească cum să le ierarhizeze în funcţie de priorităţi. Această ierarhie a priorităţilor poate avea două aspecte: unul se bazează pe importanţa sau dificultatea problemei, celălalt se bazează

pe ușurința de a o rezolva. Este bine să aibă ambele aspecte în vedere, pentru că nu ar trebui să se presupună că o persoană va ataca mai întâi problema cea mai dificilă (pentru că este prioritatea numărul unu). Succesul în rezolvarea problemelor mai ușoare poate determina o mai mare încredere în capacitatea de rezolvare a celor mai dificile. Terapeutul trebuie să discearnă lucrurile de care are putea avea nevoie clienții în rezolvarea problemelor și apoi pașii ce trebuie făcuți pentru a le rezolva. Așa cum s-a observat în abordarea lui Perrez și Reicherts (1992), dacă problema nu este rezolvabilă, atunci trebuie găsite căi pentru a o accepta, a se împăca cu situația și a trăi cu acea problemă. Dacă este nevoie de mai multe informații, atunci trebuie să ne gândim cum să le obținem, pe cine să întrebăm sau la cine să căutăm ajutor. Descompunerea lucrurilor în etape mărunte poate fi utilă celor deprimați care se luptă să gândească în acest fel, și anume să-și planifice pașii pentru a depăși problema.

Programarea activităților – adoptarea unor activități pozitive

Unii clienți consideră că îndeplinirea unor sarcini este foarte dificilă, pentru că abilitatea lor de a planifica dinainte a fost afectată de depresie. Planificarea activităților poate fi predată în cadrul sesiunilor de consiliere și îndeplinită prin colaborare. Terapeutul poate să scrie zilele săptămânii și apoi să împartă fiecare zi în dimineață, prânz și seară (vezi anexele). Apoi poate să-i învețe pe pacienți să-și planifice activitățile pentru fiecare perioadă a zilei. Aceștia pot învăța să programeze activitățile pe ore pentru fiecare zi (de exemplu, ora 9, trezirea și micul dejun; ora 10, mersul la cumpărături și aprovizionarea pentru întreaga săptămână; ora 11, telefonarea unui prieten și vizitarea acestuia). Dacă persoanele se simt copleșite, atunci pot fi planificate câteva sarcini simple, de exemplu, chiar trezitul la o anumită oră și pregătirea mesei. Unui client îi plăcea să sape în grădină, dar a

încetat să mai facă această activitate, așa că am planificat 5 minute de săpat și apoi am crescut această activitate la 10 minute pe zi. Alt client suferea de singurătate și prin urmare am planificat vizite la prieteni în cât mai multe seri posibil. Persoanele pot să evalueze gradul de stăpânire și de plăcere a acestor activități (să spunem) pe o scală de la 1 la 5, de la scăzut la ridicat.

Este important să se concentreze pe ceea ce pot și sunt în stare să facă și să evolueze de acolo. S-ar putea folosi mottoul „provocare, dar nu peste putință". Planificarea activității poate fi de ajutor, dar, din nou, în timp ce unii clienți fac aceasta cu ușurință și o consideră de folos, alții nu o percep la fel. Lucrați așadar cu pacienții și nu le impuneți anumite tehnici doar pentru că manualele vi le recomandă. Este util să vă axați pe acestea drept *experimente comportamentale* (Bennett-Levy, Butler, Fennell, Hackmann, Mueller și Westbrook, 2004).

De asemenea, activitățile ar trebui să conțină lucruri pe care persoana în cauză să le considere recompense. Dacă ea programează prea multe activități plictisitoare (de exemplu, curățenia în casă, pentru că simte că trebuie să o facă), atunci, deși poate să aibă sentimentul că a realizat ceva, aceasta s-ar putea să nu fie de ajuns ca să o convingă să meargă mai departe. Îndeplinirea de sarcini dificile sau plictisitoare poate fi armonizată încercând programarea unor lucruri pozitive. Așa că e important să încerce să crească numărul de activități care să o răsplătească pe parcursul unei zile – chiar dacă la început acestea au în vedere doar o recompensă minimă.

Cum schimbăm ce face, cum face și ce crede cineva despre un anumit lucru

A-i ajuta pe oameni să se implice mai mult în legătură cu depresia lor și să încerce să adopte anumite comportamente, deși nu simt nevoia să facă astfel, poate fi un lucru foarte important în unele cazuri. Totuși, sunt persoane cu depresie care sunt foarte bune în

ceea ce fac, în ciuda a ceea ce simt. Aceste persoane au încercat să aibă o atitudine curajoasă şi au continuat astfel ani de zile. Terapeutul behaviorist ar trebui să aloce un timp pentru a studia acest lucru, altfel este posibil ca ei să înţeleagă că pur şi simplu „îi întorci" la vechile căi de a face faţă unei situaţii – şi anume să meargă înainte indiferent de situaţie. Uneori îi putem spune clientului:

> Depresia pe care o ai ar putea fi generată de creierul tău care îți spune că ai nevoie de o pauză. Ceea ce putem studia în cazul tău este ceea ce funcționează şi ce nu. Deşi poate fi util să faci mai mult, trebuie să ne gândim la „mai mult din ce anume". Se poate să nu fie de prea mare ajutor să faci totul pe fugă pentru a-i mulțumi pe ceilalți sau să trăieşti la nivelul aşteptărilor celorlalți. Ceea ce ne interesează este să descoperi ceea ce vrei cu adevărat, ce fel de lucruri te fac să *te* simți ceva mai bine, ce îți place şi ce ai vrea să ai mai mult în viața ta. Lucrurile pot părea înspăimântătoare la început şi de aceea este o abordare care ar trebui să se facă pas cu pas. Înseamnă să faci mai degrabă ceea ce simți că ar fi de folos – decât să faci anumite lucruri pentru că simți că trebuie sau este necesar să le faci, iar apoi să te simți plin de resentimente sau epuizat.

Se poate considera că timpul petrecut pentru a vedea care este diferenţa dintre sporirea numărului de activităţi pentru că aşa pare firesc şi cel dedicat propriu-zis propriei însănătoşiri nu este unul pierdut. Într-adevăr, clarificarea acestei diferenţe (care poate să ia mai multe sesiuni) poate ajuta persoanele deprimate să-şi descopere propriile viziuni şi dorinţe într-un moment când se simt pierdute în legătură cu ceea ce simt sau vor. În capitolul 11 vom observa că putem să ne concentrăm pe comportamentul bazat pe compasiune ajutându-i cu căldură şi încurajându-i pe oameni să aleagă şi să exerseze activităţile. De asemenea, aceasta poate ajuta şi în domeniul „satisfacţiei".

Punerea în scenă a noilor roluri și abilități sociale

Unii clienți deprimați pot avea dificultăți în privința anumitor capacități interpersonale, de exemplu, a asertivității (Argyle, 1984; Arrindell, Sanderman, Van der Molen, Van der Ende și Mersch, 1988). În aceste cazuri, practica și instruirea comportamentală pot fi de ajutor. Li se poate oferi acestora o bibliografie (de exemplu, Dickson, 1982) sau se poate aranja ca ei să participe la cursuri despre asertivitate. Grupurile cu persoane de același sex sunt deosebit de eficiente. Aceasta este adesea o soluție mai bună decât folosirea doar a terapiei individuale. Într-un grup, clientul va avea ocazia să facă practică cu ceilalți și să împărtășească experiențe. Aici consilierul încearcă să mărească șansele clientului de a învăța ceva nou. Totuși, uneori abilitățile nu se generalizează și asupra situațiilor aflate dincolo de consiliere. Numeroase gânduri negative pot să inhibe aceasta. Așadar, unii clienți pot fi foarte pricepuți (știu ce să facă), dar sunt inhibați dacă problema anxietății nu a fost rezolvată.

Identificarea modalității în care o persoană ar vrea să se comporte în plan social este legată de abilitățile sociale. Aceasta poate acționa asertiv sau într-un mod care să arate că îi pasă de ceilalți. În aceste situații putem vorbi de rol, de abilitățile pe care acesta le presupune și de blocajele de a le pune în practică. De exemplu, un bărbat deprimat ar fi vrut să arate mai multă afecțiune copiilor lui, dar se simțea stânjenit să o facă. Își făcea griji că ar putea fi luat drept efeminat și că acțiunile lui ar putea fi înțelese greșit, ca sexuale. O discuție simplă în legătură cu această problemă și puțină normalizare, împărtășirea temerilor și informarea privind rolul atingerilor fizice au fost de ajutor. Într-un alt caz, o femeie deprimată voia să arate mai multă afecțiune copiilor ei, dar adesea simțea că face aceasta din rușine, și nu dintr-un interes real. De asemenea, după o ceartă, i s-a părut greu să se împace cu ei fără să simtă că cedează. Totuși, voia să remedieze relația dintre ei. Așa că am discutat despre rușinea generată de gândurile ei că „nu

era de ajuns de bună" și despre valoarea comportamentelor de împăcare. Am folosit exemple din lumea cimpanzeilor pentru a-i demonstra importanța împăcării. Ea credea că, dacă iniția împăcarea, era un mod de a spune că a greșit și că își recunoștea înfrângerea. Prin restructurare cognitivă și antrenament comportamental, ea a fost capabilă să facă anumite schimbări.

Obiectivele pe termen scurt și lung ale schimbării

Unii clienți pot întâmpine dificultăți în a realiza *pași spre schimbare* și pot să desconsidere pașii mici (de exemplu, să desconsidere ceea ce este pozitiv). Este de asemenea de mare folos să verificăm *gândurile* legate de a se face/de a fi mai bine. Uneori acestea pot fi nerealiste și supraidealizate. Clientul poate avea credința că într-o zi se va însănătoși în mod magic și că nu va mai fi niciodată nefericit și frustrat. Trebuie lucrat asupra caracterului lent al însănătoșirii și a frustrării care apare atunci când faci „doi pași înainte și unul înapoi".

Lucrul cu indivizii, cuplurile, familiile și grupurile

Deși ne axăm îndeosebi pe activitatea individuală, ar trebui să avem și abilitatea recunoașterii nevoii de a lucra cu cuplurile, cu familiile și cu grupurile (Beach și Jones, 2002). O întrebare simplă care se poate pune este: „Ai vrea să acționezi asupra acestei probleme împreună cu partenerul tău/cu familia ta?". Apoi evidențiați avantajele și dezavantajele. Uneori, noile înțelegeri interpersonale și abilități sunt mai ușor de obținut atunci când ajutăm persoanele să-și conștientizeze problemele împreună cu ceilalți. Prin urmare, chiar dacă nu avem aici îndeajuns spațiu pentru a sublinia în mod util cum anume să acționăm în privința cuplurilor, a familiilor sau a grupurilor, consilierul ar trebui din când în când să ia în calcul nevoia și valoarea acestora (Beach și Jones, 2002; Gotlib și Colby, 1987) atunci când îi îndrumă pe ceilalți să facă

acest lucru. (Pentru mai multe discuții pe aceste teme și altele legate de domeniul social al depresiei, vezi Milne, 1999.)

Sunt multe terapii care folosesc elemente variate din abordările comportamentaliste, dar le amestecă cu alte tipuri de abordări, creând noi generații de terapii hibride. Ceea ce au în comun este concentrarea atenției asupra *acțiunii*, ca parte din abordarea terapeutică. Unii recomandă de asemenea forme de expunere și de acceptare pentru a acționa asupra emoțiilor condiționate. Abordările comportamentalist-cognitiviste tradiționale referitoare la depresie (de exemplu, Beck *et al.*, 1979) sunt la rândul lor terapii hibride și ne vom axa pe aceste aspecte cognitive ulterior în această carte. Ideea este să remarcăm aici că există mai multe moduri de a acționa asupra aspectelor comportamentale ale depresiei.

Terapia comportamental-dialectică

Terapia comportamental-dialectică (TCD) a fost concepută pentru pacienții cu tulburări de personalitate borderline (Linehan, 1993). Este o teorie biosocială care acordă atenția cuvenită dimensiunilor emoționale ale dificultăților care sunt reglate în diferite zone ale creierului. Astfel, ea se potrivește foarte bine cu perspectiva biosocială prezentată în capitolul 1. Vreau să o prezint aici pentru că are mai multe elemente foarte folositoare pentru lucrul cu persoanele deprimate și se aplică din ce în ce mai mult la o gamă de tulburări diferite de borderline. Marra (2003) a scris o carte foarte folositoare pentru clienții deprimați și anxioși, acoperind elementele de bază ale acestei abordări ale depresiei.

Ca multe alte terapii din ziua de azi, ea reprezintă o terapie hibridă care integrează modalități de tratament diferite, dar le orientează către arii clar identificate. Linehan consideră că, în timp ce terapia comportamentală și cea cognitivă pot fi folositoare, există mai degrabă tendința de a *schimba* gândurile, comportamentele și sentimentele decât punerea accentului pe împăcarea cu acestea, acceptarea și tolerarea acestora (vezi și Hayes, Follette și Linehan,

2004; Hayes, Wilson, Gifford, Follette şi Strosahl, 1996). Prin urmare, aspectul dialectic al TCD reprezintă modul în care orice proces de schimbare poate implica o echilibrare a extremelor de tipul conflictelor apropiere-evitare. Astfel, există adesea un conflict între ameninţările şi fricile pe care le presupune schimbarea şi ameninţările şi fricile pe care le presupune a nu schimba, şi în mod similar se petrec lucrurile cu rezultatele pozitive. Controlul tensiunilor dintre forţele opuse poate fi cheia procesului de a rezolva până la capăt dificultăţile. Conflictele pot exista în multe domenii, precum ceea ce simţim ca fiind adevărat sau ce simţim că dorim să facem comparativ cu ceea ce ne sugerează părţile raţională şi logică ale minţii. Poate exista de asemenea un conflict între diversele emoţii şi sisteme emoţionale (de exemplu, în acelaşi timp putem iubi şi urî pe cineva) şi, bineînţeles, conflictele pot fi asociate cu dilemele de tip apropiere-evitare, dar şi cu dileme dureroase (vezi pp. 136-139). Aceasta conduce la ceea ce Linehan (1993) a numit „Minte Înţeleaptă", şi anume la amestecul ingenios de emoţii şi raţiune, în interiorul unor cadre de referinţă mai largi şi contextualizate (vezi şi Greenberg, 2002).

Asemenea altor terapii comportamentale, expunerea reprezintă un aspect important al abordării. Linehan (1993; Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo şi Linehan, 2006) a introdus mai multe idei din filosofiile budiste şi zen privind valoarea dezvoltării *conştientizării*. Conştientizarea poate fi totuşi folosită în mai multe feluri. De exemplu, se poate referi la dezvoltarea atenţiei „la momentul respectiv" atât asupra lumii exterioare, cât şi asupra percepţiei simţite pe măsură ce aceasta ia naştere în minte (Hanh, 1991). Un manual excelent de învăţare individuală, care se axează pe conştientizare şi care are şi un CD, este cel a lui Brantley (2003) – este bine scris şi uşor de urmărit, cuprinzând exerciţii detaliate şi bine gândite. Deşi uneori este percepută ca o tehnică de distragere a atenţiei, această perspectivă nu este totuşi una corectă. Mai curând, ea este o metodă de a vedea cum gândurile şi emoţiile curg prin noi, dar concentrându-ne atenţia, nu este neapărat necesar să fim atraşi în cursa lor şi să ne pierdem în ele. Devenim

conștienți de ele și le permitem să crească și să descrească fără un angajament (metacognitiv). Uneori, aceasta se leagă de cultivarea unei minți care să observe – de notat aici faptul că atunci când simțim lucrurile, există o parte a sinelui nostru care *ne observă* reacțiile. Concentrarea atenției la „mintea care observă" ne poate ajuta să devenim conștienți. Linehan (1993) recunoaște acest aspect și, în plus, sugerează că ar trebui folosit mai mult pentru a avea o experiență *mai bogată*. A deveni conștienți înseamnă a observa toate texturile unei experiențe și, în același timp, a deveni un observator mai atent aici și acum (Lynch *et al.*, 2006). Emoția supusă controlului este adesea legată de teama de implicare emoțională sau de sentimentul de a fi copleșit și de evitare pentru a face față situației. Astfel, conștientizarea este folosită pentru a crește toleranța și, de asemenea, pentru a da naștere la dezvoltarea abilităților de reglare emoțională.

TCD folosește de asemenea *abordarea comportamentelor prin analiza funcțională* și ceea ce se numește „analiză în lanț". Analiza în lanț este un mod de a privi pașii care conduc la o schimbare emoțională dificilă sau la un comportament imprevizibil într-un mod foarte detaliat. Presupune a ajuta o persoană să vadă cum un comportament, un gând sau o emoție tind să declanșeze o alta. Aceasta poate fi reprezentată ca o înșiruire de pași către un anumit obiectiv. Persoanele deprimate pot începe să discearnă unde ar putea să facă pași diferiți în cadrul unui lanț de acțiuni.

Acționarea împotriva unei emoții sau în opoziție cu aceasta reprezintă o altă componentă comportamentală deosebit de importantă a TCD. În acest caz, persoana își monitorizează comportamentul obișnuit în anumite stări sau situații emoționale și deduce cum să acționeze împotriva acelor stiluri comportamentale vechi. De exemplu, când sunt într-o stare de anxietate, în general evit, așa că de data aceasta voi încerca să tolerez anxietatea și să încerc să mă implic în loc să evit. Mă simt copleșit și ezitant când mă gândesc să scriu această scrisoare, așa că de data aceasta am să-mi acord (să zicem) zece minute pentru a mă implica în sarcina pe care în mod normal o evit. Acesta este un element-cheie și în

activarea comportamentală (AC). Dacă o persoană încearcă să fie de ajutor, ea obține noi dovezi, de exemplu, că este capabilă să îndeplinească o sarcină sau că lucrurile pot ieși mai bine decât a sperat; aceasta se numește experiment comportamental (Bennett-Levy *et al.*, 2004).

Terapeutul lucrează de asemenea la procesul de angajare în schimbare și la procesele care pot interfera cu sarcinile terapeutice. Aceasta presupune o formă de interviu motivațional în care sunt explorate avantajele și dezavantajele acțiunilor și se acordă timp dilemelor schimbării. Deci, în general, TCD promovează toleranța emoțională și acceptarea, are un miez dialectic incluzând o centrare pe dileme, lucrează într-un mod microanalitic cu episoadele comportamentale și emoționale tipice (ce, când, cum), promovează conștientizarea angajată, ajută oamenii să folosească abilitățile de raționare în serviciul unei conștientizări emoționale mai bogate și a trăirii, transmite unele abilități sociale și de tipul problemă--rezolvare, ne învață cum să lucrăm împotriva emoțiilor inutile și a comportamentelor de evitare și identifică acele comportamente care îmbunătățesc terapia și pe cele care interferează cu ea. De asemenea, TCD percepe relația terapeutică ca fiind extrem de importantă, deoarece oferă contextul emoțional pentru a lucra cu sentimente dificile. Terapeuții TCD sunt încurajați să împărtășească în mod judicios experiențele lor emoționale pentru a forma o legătură împărtășită și un sentiment de umanitate comună cu persoana cu care lucrează.

Există multe dovezi potrivit cărora această abordare ajută grupurile de pacienți pentru care a fost concepută, și anume persoanele cu borderline și cele cu probleme de automutilare. Totuși, este o terapie foarte cuprinzătoare și bine concepută și de curând a început să fie aplicată la tulburările afective (Marra, 2003). Terapeuții interesați în TCD ar putea studia această abordare și să beneficieze de pe urma ei. Terapia centrată pe minte care presupune compasiune, așa cum va fi discutată în capitolul 11, se potrivește bine cu TCD. Totuși, aceasta este mult mai centrată pe

neuroştiinţa liniştirii, iar unul dintre scopurile sale este generarea autoliniştirii (vezi capitolul 11).

Sistemul psihoterapeutic de analiză cognitiv-comportamentală

Un subgrup mai mare de persoane cu depresie prezintă o formă de depresie cronică. Sistemul psihoterapeutic de analiză cognitiv-comportamentală (SPACC) a fost conceput pentru acest grup de pacienţi (McCullough, 2000). El integrează o serie de abordări diferite (şi se consideră a fi o terapie integrativă), dar este foarte centrat pe schimbarea comportamentului, în special pe cea a comportamentului interpersonal. Centrarea principală a acestei terapii se face pe comportamentul adaptiv, pe înţelegerea efectelor comportamentului unei persoane asupra altora şi pe mai buna dezvoltare a relaţiilor interpersonale, care poate conduce mai uşor către o stare de bine. Este foarte structurat şi se centrează pe experienţa relaţiilor interpersonale (incluzându-le pe cele din relaţia terapeutică), pe microanalizarea incidentelor legate de relaţiile interpersonale şi transmite abilităţi de comunicare şi de rezolvare a problemelor. Persoanele deprimate învaţă cum se face că sunt prinse în cicluri interpersonale repetitive care conduc la rezultate nefavorabile pentru ei înşişi şi pentru ceilalţi. Conştientizarea crescută a paşilor din aceste cicluri şi a modului în care persoanele deprimate le pot identifica şi pot începe să acţioneze în mod diferit în momentele de „decizie" constituie elementele-cheie ale terapiei. Astfel că această terapie se centrează pe importanţa relaţiilor sociale ca factori care reglează dispoziţiile interioare şi pe faptul că persoanele care au dificultăţi în crearea de relaţii pozitive cu ceilalţi vor fi deconectaţi de la o sursă importantă de liniştire şi conectaţi la una de ameninţare.

Keller, McCullough, Klein şi colaboratorii (2000) au remarcat faptul că o doză de nefazodonă combinată cu SPACC a fost foarte

eficientă în cazul acestui grup de pacienți, având o rată de răspuns de 73%. Acest rezultat a fost mai bun decât rata de răspuns de 48% obținută pentru alte medicamente sau în cazul folosirii doar a psihoterapiei. Acest studiu a fost folosit în ghidul NICE (2004). Klein și colaboratorii (2004) au studiat valoarea SPACC ca psihoterapie de menținere și au descoperit că SPACC a redus rata de recidivă în mod semnificativ.

Psihoterapia interpersonală

O altă abordare care se centrează pe elemente foarte specifice ale problemelor persoanei deprimate, cu activitate centrată pe acele dificultăți, este psihoterapia interpersonală (PIT), dezvoltată de Klerman, Weissman, Rounsaville și Chevon (1984). Aceasta este de asemenea o terapie hibridă, influențată foarte mult de psihiatrul social american Harry Stack Sullivan, care a activat în anii '50 și, de asemenea, de teoria atașamentului (vezi capitolul următor). PIT pune accentul pe modul de adaptare la starea de depresie, rolul evenimentelor din viață (sociale), natura relațiilor importante (mai ales a celor prezente, dar avându-le în vedere și pe cele de mai demult), tristețea și comportamentele interpersonale pe care o persoană le folosește pentru a obține și menține relațiile și a rezolva conflictele (vezi și Markowitz, 2004; Markowitz și Weissman, 1995). Acest model propune diverse elemente specifice declanșatoare ale depresiei: supărarea și pierderea, tranziții de rol interpersonale, conflicte de rol și deficiențe ale abilităților sociale. Modelul schițează diverse intervenții terapeutice pentru fiecare sursă de dificultate. În multe situații, această terapie este cât se poate de echivalentă cu alte terapii direcționate, iar acum este considerată un tratament al depresiei bazat pe mărturii (Markowitz, 2004; NICE, 2004).

Tehnica celor cinci domenii

O altă abordare centrată pe depresie a fost dezvoltată de Chris Williams (aceasta se numeşte „tehnica celor cinci domenii" – Williams, 2001). Aceasta a fost concepută pentru a creşte accesibilitatea abordărilor cognitiv-comportamentale în cazul depresiilor uşoare şi moderate, pentru evitarea unui limbaj complex, precum „supoziţii disfuncţionale" şi „abstracţie selectivă" şi pentru a fi folosite în clinicile aglomerate cu pacienţi trataţi în ambulatoriu. A fost de asemenea dezvoltată ca parte dintr-un proces de autorizare a Ministerului Sănătăţii (Wright, Williams şi Garland, 2002). Cele cinci domenii sunt:

1. dificultăți curente ale vieții, incluzând relațiile şi problemele practice;
2. dificultăți de gândire, incluzând probleme de concentrare şi centrarea pe gânduri negative;
3. dificultăți în reglarea stărilor şi emoțiilor;
4. comportament deprimat şi activitate schimbată;
5. sentimente şi simptome fizice, precum tulburările de somn.

Medicii şi pacienţii întocmesc o listă a acestor cinci domenii şi apoi explorează dificultăţile specifice ale fiecărui domeniu. Apoi se cade de acord asupra prioritizării şi dezvoltării de obiective în vederea schimbării. Obiectivele de scurtă durată sunt acelea care pot fi puse în aplicare foarte repede în următoarele câteva zile. Obiectivele pe termen mediu pot fi realizate în câteva săptămâni, iar cele pe termen lung pot fi realizabile pe şase luni sau un an. Stabilirea obiectivelor este concepută pentru munca centrată pe abordarea uneia sau a două dificultăţi în acelaşi timp. Nici unul dintre aceste domenii nu se bazează pe vreo terapie nouă, ci foloseşte în principal practica TCC, dar într-un mod foarte practic şi cu un limbaj informal. Această abordare este studiată acum cu scopul de a o folosi în autoajutorarea dirijată, iar informaţii suplimentare pot fi găsite pe site-ul NHS* (www.livinglifetothefull.com).

---

* National Health Service – Serviciul Naţional de Sănătate (n. tr.).

Concluzie

Terapiile comportamentale se axează foarte mult pe manifestările oamenilor şi pe interacţiunile acestora cu mediul. Unii se centrează *relativ* mai puţin pe procesele interne (AC), în timp ce alţii au posibilităţi vaste de lucru cu gândurile şi cu sentimentele (TCD). Mulţi se centrează pe comportamentul social. Conflictele conştiente şi inconştiente sunt de asemenea importante în această teorie, dar sunt diferite de cele sugerate de teoreticienii psihodinamicii (vezi Ferster, 1973). Terapiile comportamentale se centrează pe analizele micro şi funcţionale. Nu doar că trebuie să ştim care este scopul unui comportament, dar trebuie să-i înţelegem în detaliu elementele declanşatoare. Din acest motiv, terapeuţii behaviorişti se centrează pe teme foarte specifice din percepţiile pacienţilor cu depresie şi pe stiluri comportamentale.

După cum se poate vedea, toate aceste terapii sunt ceea ce numim terapii „centrate", deoarece acestea au o structură proprie şi vin cu anumite „tehnici" de care trebuie să se ţină cont atunci când se lucrează cu dificultăţi specifice. Acestea sunt oarecum diferite de terapiile psihodinamice. În prezent, cercetarea este în curs de a stabili cum se compară terapiile specifice faţă de cele nespecifice în tratamentul depresiei. Desigur, trebuie să fim atenţi, deoarece oamenii îşi pot îmbunătăţi starea dintr-o multitudine de motive, care nu sunt neapărat datorate tehnicilor terapeutice sau cel puţin oamenii îşi pot îmbunătăţi starea din alte motive decât cele pe care le crede terapeutul.

Terapiile comportamentale pot părea de încredere, dar rezultatele pot fi înşelătoare. Terapeuţii comportamentali pricepuţi îşi împletesc munca într-un mod prietenos şi deschis, încurajându-i şi susţinându-i pe pacienţi pe drumul lor spre noi moduri de viaţă. Într-adevăr, adesea cheia nu este doar înţelegerea proceselor comportamentale, ci angajamentul interpersonal care dă persoanei cu depresie sentimentul că este încurajată să încerce lucruri noi.

Se poate observa cum abordările comportamentale contracarează multe dintre aspectele amenințătoare pe care le-am discutat în ultimul capitol. Ele vor ajuta persoanele să-și recapete controlul, să-și identifice obiectivele pozitive ale vieții lor, să abordeze evadarea și răspunsurile blocate la furie, promovând căutarea sprijinului potrivit și buna comunicare emoțională cu ceilalți. Astfel, persoanele se vor simți mai puțin încătușate și blocate în viețile lor. Din punctul meu de vedere, aceasta se petrece deoarece abordările comportamentale pot diminua aceste strategii de protecție împreună cu profilurile lor de luptă/fugă inhibate, astfel că depresia este ameliorată.

Îmbinarea acestor modalități de lucru în cadrul unei ședințe de consiliere și de terapie profesionistă necesită timp și exercițiu. Multe dintre aceste intervenții de bază nu se realizează în cinci minute, ci pot necesita ore de lucru și repetiții. Ele oferă mijloace puternice prin care putem implica percepția de sine a persoanei deprimate și o putem ajuta să-și schimbe aceste stări mentale. Totuși, clienții nu sunt decontextualizați din punct de vedere social, iar mediul înconjurător poate fi un magnet puternic al convingerilor și al comportamentelor negative (Milne, 1999).

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 5

Nevoile şi rolurile sociale umane: ataşamentul, conectarea socială şi eşecul

Atunci când studiem impactul stresului, al pierderii controlului şi al comportamentelor defensive deconectate şi blocate asupra sistemelor fiziologice (de exemplu, stresul), emoţionale (ameninţarea, epuizarea şi calmul) şi comportamentale (de exemplu, eschivarea, pasivitatea şi retragerea în sine), poate dura foarte mult până înţelegem experienţa depresiei şi patternurile sale de răspuns psihobiologice. Cu toate acestea, oamenii sunt animale sociale, iar legăturile sociale au efecte majore asupra stărilor psihobiologice. Depresia poate apărea atunci când anumite *nevoi sociale umane* primare legate de afecţiune, suport emoţional şi sentimentul apartenenţei sunt zădărnicite şi blocate sau, aşa cum am văzut în capitolul anterior, oamenii nu sunt capabili să genereze aceste legături. Dacă pierderea controlului asupra resurselor *sociale* (şi a mijloacelor pentru dobândirea lor) reprezintă cheia depresiei, atunci aceasta ne poate ajuta să înţelegem diversele teme relaţionale care apar în depresie, precum sentimentul singurătăţii emoţionale, efortul de a avea un sentiment al relaţionării cu alţii, sentimentul de inferioritate, sentimentul eşecului sau al unei poveri. Aşadar, acest capitol va explora diverse strategii protectiv-defensive *speciale*, precum şi modele de organizare psihobiologică necesare pentru a face faţă anumitor tipuri de ameninţări şi pierderi ale *relaţiilor sociale*.

Principala idee din acest capitol este aceea că există *două (sau posibil trei) strategii de apărare diferite, dar legate*, pentru a face faţă diferitelor tipuri de ameninţări interpersonale. Teama de separare

şi de pierdere a sprijinului din partea celor dragi este asociată cu un pericol de cei cu mentalitatea de a căuta atragerea atenţiei asupra propriei persoane şi al celor care folosesc strategia de apărare gen protest-disperare (Bowlby, 1969, 1973, 1980) – marcată de simptome ale depresiei precum tristeţea, plânsul, anxietatea de separare, dor şi sentimentul de singurătate. În orice caz, lumea socială poate fi un loc ameninţător, în care oamenii, în mod activ, resping, se ruşinează, se intimidează, se umilesc, sunt agresivi şi periculoşi. Când oamenii au o atitudine răuvoitoare şi/sau de teamă faţă de relaţiile sociale (şi amintirile interpersonale), aceştia au mai multe şanse să-şi refacă mentalitatea competitivă (centrată pe puterea relativă a celorlalţi). Strategiile defensive necesare pentru a face faţă persoanelor mai puternice şi mai periculoase, *de care cineva nu poate scăpa*, activează diverse modele de „deconectare" însoţite de un comportament de supunere intens. Uneori, experienţa ostilităţii (de care cineva nu poate scăpa) atrage după sine *autocritica*, iar oamenii se pot simţi înfrânţi de propria autocritică (vezi capitolul 6).

Înfrângerile legate de competitivitate pot de asemenea să apară atunci când oamenii şi-au construit obiectivele pe mentalităţi competitive de obţinere a unui avantaj competitiv, luptându-se să evite inferioritatea şi încercând să-i impresioneze pe ceilalţi. Aceşti oameni au adesea un sentiment de înfrângere personală şi de eşec dacă nu îşi ating obiectivele. Există dovezi că aceste tipuri diferite de ameninţări (pierderile sociale *versus* eşecul în privinţa realizărilor) sunt legate mai mult de tipurile diferite, dar întrepătrunse de simptome ale depresiei cu înfrângeri de natură competitivă ce implică o mai mare lipsă a bucuriei, umilinţă şi pesimism decât de cazul pierderilor sociale (Keller şi Nesse, 2005, 2006). Aşa cum vom specifica în cele ce urmează, multe studii nu fac totuşi o distincţie clară între *absenţa celuilalt* şi *celălalt ca ameninţare*. În plus, aceste strategii de autoprotecţie (protest-disperare şi înfrângere, poziţionare inferioară) se contopesc adesea unele cu altele. Aceasta în parte din cauza faptului că ambele strategii defensive sunt organizate prin aceleaşi trei sisteme emoţionale şi justificative subliniate în capitolul 2 şi a numeroaselor vulnerabilităţi care sunt

legate de trăirile anterioare atât ale lipsei legăturilor emoţionale, cât şi ale pericolului şi agresiunii din partea celorlalţi în cadrul relaţiilor de ataşament. Acesta este modul în care acţionează mecanismele de protecţie.

Ataşamentul şi mentalitatea de căutare a atenției

Aşa cum am văzut în capitolul 2, satisfacţia şi liniştea interioară, ca sisteme emoţionale pozitive, s-au dovedit a fi strâns legate de semnalele sociale de afiliere. Cum este posibil să se realizeze această legătură? Luăm în calcul faptul că multe forme de viaţă prezintă o mortalitate infantilă ridicată în existenţa lor. Chiar şi pe o planetă ca a noastră, care favorizează viaţa, lupta pentru supravieţuire este atât de feroce şi riscantă, încât marea majoritate a speciilor care au existat vreodată (peste 99% din ele) sunt acum dispărute. Responsabile de aceasta sunt, printre altele, vânătoarea, bolile, înfometarea, dar şi schimbările în cadrul ecosistemelor. Cu toate acestea, există câteva soluţii simple (strategii) pentru unele dintre aceste ameninţări. Una dintre acestea este producţia în masă. De exemplu, o broască ţestoasă depune sute de ouă şi apoi le părăseşte. Presupunând că cuibul nu a fost descoperit şi că ouăle nu au fost mâncate înainte de eclozare, puii ies din ou şi se îndreaptă spre ocean cât pot de repede, însă prădătorii din aer, uscat şi apă stau la pândă. De fapt, doar aproximativ 1-2% reuşesc să ajungă la maturitate şi să menţină evoluţia speciei. În toată lumea, în cazul tuturor speciilor care depun multe ouă, genele acestora (informaţia necesară pentru înmulţirea populaţiei) dăinuie tocmai datorită numărului mare de urmaşi.

Există totuşi o altă soluţie la această problemă. Aducerea pe lume a unui număr mic de urmaşi (a) ferindu-i de riscuri (sau de a fi mâncaţi) sau (b) oferindu-le protecţie în perioada de început a vieţii. Chiar şi o atenţie cât de mică acordată fie prenatal (de exemplu, construind cuiburi care să nu se afle în calea prădătorilor) sau

postnatal (cuibul să fie păzit) oferă foarte mari avantaje. Cu cât o specie îşi protejează urmaşii de greutăţile vieţii apărându-i de prădători, cu atât ea creează *siguranţă*. Laptele mamiferelor conţine de asemenea anticorpi puternici pentru a-i ajuta pe urmaşi să lupte împotriva infecţiilor. În acest context social, ceea ce evoluează sunt sistemele mentale pentru „căutarea apropierii" de părinţi şi căutarea acestora pentru furnizarea resurselor (Bowlby, 1969; Geary, 2000). În timp, aceste sisteme mentale se transformă în strategii din ce în ce mai elaborate de atragere a atenţiei şi de acordare a acesteia. *Mentalitatea de căutare şi atragere a atenţiei* (vezi paginile 83-85) cuprinde abilităţi mentale specializate, specifice pentru a fi motivate să caute grija, să recunoască nevoia de atenţie, să semnaleze suferinţa în absenţa sa şi să fie sensibil la prezenţa sa (Gilbert, 1989, 2005a). Într-adevăr, până să se maturizeze, copiii sunt foarte neajutoraţi şi dependenţi de alţii pentru supravieţuire. Mai mult, relaţia mamă-copil devine calea principală prin care sunt modelate stările/patternurile emoţionale şi fiziologice ale copilului. În particular, mama acţionează ca agent/stimul liniştitor pentru copil, calmându-l când este agitat. Modul în care creierele noastre se maturizează, dar şi modul în care sunt organizate sunt puternic influenţate de interacţiunea copil-părinte (Gerhardt, 2004; Schore, 1994; Siegel, 2001).

Aceasta este baza teoriei ataşamentului dezvoltate de John Bowlby (1969, 1973, 1980). El sugera că oamenii, ca multe alte mamifere, au sisteme de căutare înnăscute care sunt receptive la anumite semnale de protecţie din partea celorlalţi. În plus, deoarece aceste semnale sunt asociate cu siguranţa, ele reglează „sistemele de răspuns la stres" şi ne permit să ne simţim în siguranţă şi legaţi de ceilalţi (Gilbert, 1989, 2005a; Wang, 2005). Atât de important este accesul la un agent protectiv, încât pierderea accesului la acesta (de obicei mama) este recunoscută de creier ca o ameninţare majoră. În teoria mentalităţii sociale, centrarea se face pe atributele sistemelor de căutare a atenţiei, iar ataşamentul este un rezultat (Gilbert, 1989). Când suntem implicaţi în relaţii de iubire, mentalitatea de căutare/atragere a atenţiei funcţionează astfel încât să fie

sensibilă la acele semnale şi modelând stările specifice creierului – cum ar fi plăcerea, fericirea, explorarea, liniştea şi bunăstarea prin intermediul relaţionării. După cum afirma Bowlby, anumiţi stimuli şi indici vor activa *focalizarea pe ameninţare* din cadrul mentalităţii de căutare a atenţiei, iar anumiţi stimuli vor opri focalizarea pe ameninţare, dar există anumite strategii de apărare înnăscute care sunt activate atunci când mentalitatea de căutare a atenţiei nu poate găsi semnalele pe care le caută pentru a reduce ameninţarea.

Strategii de tip protest-disperare

Cercetarea modului în care am evoluat ca răspuns la pierderea ataşamentelor (grija oferită de ceilalţi) ne va ajuta să înţelegem *trăirea* unor depresii. Oamenii, asemenea altor mamifere, au nevoie de ceilalţi ca să aibă grijă de ei în primele luni de viaţă şi chiar în perioada copilăriei. Pentru multe mamifere, inclusiv pentru oameni, în cea mai mare parte a evoluţiei, separarea de mamă expune tinerii la riscuri provenind dintr-o multitudine de pericole. Cât timp mama este prezentă, ea emană siguranţă şi oferă o sursă de sprijin. Ea furnizează de asemenea hrana şi confortul şi va ajuta copilul să se liniştească dacă este neliniştit şi agitat. Aşadar mama reglează cu calm şi grijă sistemul de răspuns de tipul ameninţare-tensiune al copilului ei, deoarece copilul nu poate face toate acestea pentru sine. De fapt, acum ştim că aceste interacţiuni au impact asupra unei largi varietăţi de sisteme fiziologice şi au efect asupra maturizării copiilor (Hofer, 1994).

În absenţa mamei, lumea devine ameninţătoare, iar copilul manifestă o reacţie de *protest-disperare*, care este parte a unei strategii de protecţie *normal* dezvoltate. Protestul implică suferinţă, nelinişte, plânset şi căutarea unei reuniri cu mama. Este conceput să înceapă căutarea imediată şi să *semnaleze/comunice* suferinţa (de exemplu, chemarea produsă de suferinţă şi plânsul), să ceară ajutorul, protecţia şi suportul prin reunirea cu cineva drag; cu

alte cuvinte, semnalul este conceput să-i influenţeze pe ceilalţi. Acest lucru poate fi numit *tânjire*. Această strategie de protecţie de tip „protest" se poate anula atunci când apar semnale menite să liniştească (Bowlby, 1969).

Dar lucrurile pot totuşi să nu meargă atât de bine. Să presupunem că eforturile de protest nu au ca rezultat reîntoarcerea mamei sau apariţia semnalelor din partea ei menite să-l liniştească pe copil. Acest fapt constituie un pericol potenţial foarte mare. Pentru majoritatea mamiferelor, o suferinţă/căutare manifestată de pui reprezintă un pericol de atragere a prădătorilor, de rătăcire şi/sau epuizare sau înfometare. Într-un asemenea context, a rămâne neclintit şi a aştepta părintele să se întoarcă poate reprezenta cea mai bună strategie de protecţie pentru supravieţuire. Disperarea este o formă de dezactivare comportamentală atunci când protestul nu funcţionează. Sistemele de antrenare şi căutare sunt diminuate deoarece acest aspect al strategiei de protecţie este menit să *stopeze semnalarea şi mişcarea dintr-un loc în altul* în mediul înconjurător (să se ascundă) atunci când acţionarea în alt fel ar fi periculoasă (Allen şi Badcock, 2003; Bowlby, 1969, 1973; Gilbert, 1984, 1989). Astfel, protestul poate implica o acţiune tensionată şi un comportament de căutare pe când disperarea reprimă aceste sisteme comportamentale. Studiile asupra efectelor fiziologice ale separării au indicat suprapuneri semnificative cu schimbările fiziologice întâlnite în cadrul depresiei (Hofer, 1994; Panskepp, 2005; Reite şi Field, 1985).

Există şi un aspect important al acestei situaţii ce poate fi uşor omis. În anumite situaţii, chiar propriul nostru comportament poate constitui o ameninţare, iar comportamentul de protecţie ar trebui să ne oprească să facem unele lucruri. Dacă străbaţi teritorii stăpânite de lei fără să îţi iei măsuri de siguranţă în această lume, poţi avea probleme. Astfel teama ne opreşte de la a face aşa ceva. Durerea ne transmite că există o rană şi ne determină să ne tratăm zona afectată. Demobilizarea şi disperarea pot fi privite în acest fel. Acestea reprezintă factori comportamentali interni meniţi să ne restricţioneze implicarea într-un teritoriu plin de ameninţări.

Și, deoarece reprezintă o strategie de tip siguranță-protecție, aceasta, ca și teama (LeDoux, 1998), poate fi declanșată în sistemele cerebrale emoționale rapide și/sau pe căi cognitive mai lente. În plus, este foarte posibil ca atât patternurile de protest, cât și cele de disperare să devină obiect al condiționării. Așadar nu trebuie să considerăm că doar răspunsurile de genul salivării sau emoțiile de tipul anxietății sau furiei sunt legate de condiționare și de activare rapidă. În esență, orice pattern psihobiologic de protecție care dispune de moduri înnăscute de organizare a minții poate fi condiționat în mod similar. Astfel, calea spre unele patternuri ale depresiei poate deveni extrem de sensibilă (Monroe și Harkness, 2005; Perry, Pollard, Blakley, Baker și Vigilante, 1995). Dacă ați urmărit argumentele prezentate până acum referitoare la puterea condiționării, la sensibilizările traseelor cerebrale (capitolele 2 și 4) și importanța accesibilității schemelor interpersonale utilizate pentru a face față stresului (capitolul 3), atunci veți observa în ce mod se poate lega depresia de diverse forme de răspândire a activării atunci când persoana se confruntă cu anumite indicii. În esență, putem spune că unii oameni beneficiază de o declanșare „foarte" rapidă a strategiilor protest-disperare care organizează stările creierului.

Așadar strategiile de tip protest-disperare sunt *strategii de protecție* care sunt implementate în creierul nostru și pot fi declanșate în anumite condiții. Ușurința activării acestor strategii, intensitatea lor, dar și ușurința de a fi deconectate sunt legate de diferențele genetice și de cultură (Caspi și Moffitt, 2006; Suomi, 1999). Astfel, unele persoane pot aluneca spre patternuri psihobiologice de disperare mult mai ușor și mai intens decât altele. Când aceste patternuri sunt activate, la speciile cu conștiință de sine cum este specia umană „stările creierului" de protest-disperare pot alimenta sentimentul de izolare de ceilalți – separare, singurătate și vulnerabilitate. Uneori cei deprimați percep această situație ca pe existența unei bariere între ei înșiși și ceilalți; ei se simt complet separați de lumea socială, ca și cum ar fi într-un vis. Un astfel de sentiment poate indica probleme într-un anumit tip de sisteme sociale pozitive din punct de vedere afectiv cum ar fi sistemul

asociativ-liniştitor. Cei deprimaţi pot rumina asupra acestor sentimente, să încerce să-şi dea seama din ce cauză se simt astfel, se autoînvinovăţesc, se simt inferiori, devin convinşi că altora nu le pasă de ei sau că doresc să îi excludă şi astfel se simt mult mai separaţi. Motivul pentru care ei se „simt" atât de rău, nu pot dormi, îşi pierd interesul pentru mâncare sau viaţă sexuală şi aşa mai departe este acela că creierul s-a comutat pe un pattern de răspuns psihobiologic defensiv. Nu te simţi rău (doar) din cauza gândurilor tale. Dacă evoluţia nu ar fi aşezat în noi acest tip de pattern de răspuns psihobiologic defensiv, atunci noi nu l-am fi simţit. Gândurile ar putea declanşa, accentua sau menţine această strategie de protecţie de tipul „ghemuirii", dar asemenea strategii, cu patternurile lor de motivaţii, emoţii şi comportamente, sunt parte a modelului de creier evoluat. În plus, ele pot genera sentimente *arhetipale* dureroase precum acela că însăşi viaţa cuiva este pusă în pericol şi că cineva nu mai poate fi ajutat sau salvat – este de neatins, complet pierdut. Ajutând persoanele deprimate să considere că toate acestea sunt înspăimântătoare, dar în acelaşi timp înnăscute şi arhetipale (şi posibil legate de memoria incipientă), ar putea fi util pentru ca aceste persoane să-şi înţeleagă depresia într-un mod cu totul nou.

Conectarea socială

Protecţia şi suportul din partea celorlalţi contează foarte mult pe toată perioada vieţii şi nu doar în relaţiile intime. Un alt motiv pentru care legăturile contează este acela că multe primate, dar în special oamenii, sunt foarte dependente de ceilalţi pentru supravieţuire. Pe parcursul a milioane de ani, cei care nu erau acceptaţi şi integraţi bine în grupurile lor se hrăneau deficitar. Ajutorarea celorlalţi care sunt în pericol sau răniţi constituie parte a procesului de evoluţie a noastră ca primate. De exemplu, comportamentul de consolare a fost observat şi la primatele nonumane (de Waal, 1996). Descoperirea arheologică a neanderthalienilor şi a primilor oameni a adus dovezi potrivit cărora oamenii cu diformităţi şi

fracturi grave au supraviețuit – aceasta este foarte puțin probabil să se fi întâmplat dacă alții nu ar fi avut grijă de ei (Mithen, 1996). Cândva în evoluția noastră este posibil să nu fi fost mai mulți de câteva sute în toată lumea și am reușit ca specie deoarece ne-am ajutat unii pe alții, am avut grijă unii de alții și am schimbat informații. Așadar oamenii au înnăscută nevoia de apartenență, de a se simți în relație, de a fi evaluat de alții și de a participa la formarea de relații (Baumeister și Leary, 1995 ; Gilbert, 1992, 2005a). Mentalitatea socială implicată în acest caz este mult mai puțin axată pe grija față de propria persoană și mai mult pe abilitățile de cooperare cu ceilalți. Așadar *mentalitatea cooperativă* ne oferă sistemele psihologice potrivite atât pentru recunoașterea, cât și pentru receptivitatea față de semnalele de acceptare și apreciere a noastră de către ceilalți, iar aceștia vor forma relații de cooperare, împărtășire și sprijin reciproc cu noi (Gilbert, 1989, 2005a, 2005b). Studiile efectuate asupra conexiunilor sociale sugerează trei factori legați de : izolarea, conexiunile relaționale și legăturile colective (Cacioppo, Hawkley, Rickett și Masi, 2005). Oamenii care nu reușesc prea bine să socializeze sunt mult mai singuri, au un nivel al depresiei mai ridicat, iar din punct de vedere psihologic sunt mult mai stresați și mai predispuși spre interpretări ce au la bază pericolul (Cacioppo *et al.*, 2005). A te simți izolat, neapreciat sau nedorit reprezintă o amenințare majoră preluată de către o mentalitate cooperativă, astfel încât creierul nostru să poată răspunde la această situație prin activarea sistemelor de răspuns la stres și a strategiilor de protecție (Allen și Badcock, 2003 ; Gilbert, 2001a, 2001b). Într-adevăr, MacDonald și Leary (2005) și Panskepp (2005) au realizat o descriere fascinantă asupra modului în care pierderile pe linie socială, excluziunile și respingerile influențează persoana prin mecanisme ale creierului care se suprapun peste cele ale durerii.

Nu doar că oamenii își petrec mare parte din timpul lor analizând sentimentele care se îndreaptă către ei din partea celorlalți și că sunt înzestrați cu sisteme cognitive speciale pentru a analiza ce gândesc alții (numită teoria minții, vezi capitolul 6), însă multe

dintre obiective se orientează spre încercarea de a câştiga aprobarea şi respectul celorlalţi şi spre acceptarea lor în grupuri. Dacă te gândeşti la felul cum ai vrea ca cei dragi ţie, prietenii apropiaţi, colegii cu care te sfătuieşti, pacienţii şi şefii să te privească, vei constata că principalul motiv ar fi acela de a te aprecia şi a vedea în tine o persoană dezirabilă, care oferă ajutor, talentată şi capabilă. Dacă poţi crea aceste sentimente în mintea celorlalţi, atunci se întâmplă trei lucruri. Primul va fi că vei percepe lumea ca *fiind sigură* şi că poţi şti că ea nu te va agresa sau respinge deoarece toţi cei din jurul tău te apreciază. Al doilea, că vei fi capabil să cocreezi roluri semnificative de sprijin reciproc, relaţii sexuale şi participare. În al treilea rând, primirea semnalelor de apreciere şi de grijă din partea celorlalţi are efecte directe asupra fiziologiei tale şi asupra sistemului de liniştire (Cacioppo *et al.*, 2000, 2005; Gilbert, 2005a, 2005b; Wang, 2005). Unul dintre motivele pentru care se întâmplă astfel este că aceste semnale influenţează sistemele de asociere şi cooperare socială care au un efect de liniştire (Depue şi Morrone-Strupinsky, 2005). A fi privit ca nedorit, inutil, netalentat şi incapabil poate duce la pierderea tuturor acestor beneficii şi reprezintă o ameninţare majoră. Există acum dovezi legate de faptul că relaţiile importante în care adulţii sau copiii sunt etichetaţi negativ cresc foarte mult riscul depresiei, chiar dacă etichetele verbale nu reprezintă o ameninţare directă (Teicher, Samson, Polcari şi McGreenery, 2006; Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny şi Rahil, 2000). De asemenea, *a crede* că suntem priviţi în acest fel, poate fi la fel de rău ca atunci când chiar am fi priviţi în acest mod, iar autocritica are de asemenea o legătură puternică cu depresia (Gilbert şi Irons, 2005). Aşadar, importante sunt nevoile noastre sociale de a ne simţi în siguranţă, acceptaţi şi apreciaţi de ceilalţi aşa încât oamenii îşi vor risca chiar propriile vieţi şi se vor răni grav pentru a evita ruşinea şi excluderea. După cum vom vedea în următorul capitol, tocmai aceasta este cauza pentru care ruşinea (legată de sentimentul de a nu fi atractiv pentru alţii şi de a fi privit cu dispreţ) poate fi un factor important (ameninţător) în anumite depresii. În esenţă, critica şi ruşinea

activează sistemele de răspuns la amenințare și ne deconectează de la sursele de liniște interioară și de reglare a reacțiilor afective.

Dacă ne gândim acum la „experiența depresiei", în cazul relațiilor intime sau prietenești, multe persoane deprimate simt o deconectare emoțională față de ceilalți și astfel se pot simți singure din punct de vedere emoțional. Pot exista mulți factori externi pentru această stare, cum ar fi izolarea socială, de exemplu, în cazul celor care caută un azil și care și-au pierdut familiile ori s-au rupt de acestea, dar și de sistemele/rețelele sociale, sau în cazul celor care trăiesc în relații ce au la bază neglijența sau abuzul. Brown și Harris (1978) au arătat că lipsa unei persoane cu care să vorbească despre propriile sentimente și probleme reprezintă un factor de vulnerabilitate major pentru depresie în cazul femeilor. De fapt, pierderile pe linie socială și lipsa suportului emoțional au fost mult timp legate de depresie (Brugha, 1995). Nu doar semnalele de afiliere socială afectează senzațiile noastre de bine, dar ele au un efect foarte direct asupra sistemelor de răspuns la stres. Să ne amintim că activitatea oxitocinelor opioide, legată de suportul social, reglează sistemele HHC de răspuns la stres (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum și Ehlert, 2003). Aceste semnale pot opera în afara sistemelor cognitive conștiente și pot afecta stările noastre emoționale. O femeie al cărui soț a plecat pentru câteva zile avea un comportament agresiv cu un vecin și se simțea foarte iritată din cauza lui. Ea nu era capabilă să doarmă și se simțea foarte agitată și tristă, dorindu-și să vândă tot și să plece. A încercat să folosească unele din tehnicile „cognitive" pe care le știa pentru a se calma, iar acestea au dat roade. În orice caz, odată ce soțul s-a întors acasă, iar femeia a vorbit cu el și i-a împărtășit supărarea, aceasta s-a simțit considerabil mai bine. Ea a fost uimită cât de repede a liniștit-o prezența soțului. Se pare că prezența soțului și suportul acestuia au acționat direct asupra sistemelor (afective) de calmare ale femeii.

Acest caz sugerează, desigur, anumite eforturi terapeutice importante (vezi capitolele 7 și 11). Mai întâi, este nevoie de o confirmare și de o înțelegere empatică a acestor sentimente de ruptură și

singurătate, iar acestea să fie privite ca având legătură cu natura noastră umană şi cu nevoia de a ne simţi în comuniune, apreciaţi şi protejaţi de ceilalţi (Leahy, 2005). Cu abilităţi de ascultare şi empatie, consilierul poate înţelege acest sentiment al izolării – acela că nu există nimeni care să îi ajute. Acesta apare adesea în iluziile generate de frică. De exemplu, un medic deprimat şi-a mărturisit teama de a nu face o greşeală sau de a nu omite ceva şi prin urmare să fie trimis în judecată. Când şi-a închipuit aceasta, doctorul a avut tot timpul în faţă doar „procesul" şi nu şi-a putut imagina nici un aliat puternic care să-i vină în ajutor. Aceste sentimente de a fi abandonat şi de a face faţă pedepsei altora, care nu „vor fi de partea lui", se pot regăsi în amintirile incipiente deoarece, atunci când copiii sunt pedepsiţi sau abuzaţi de un părinte, ei *sunt* de cele mai multe ori „singuri". Fratele sau sora sau chiar un alt părinte pot fi ei înşişi prea speriaţi pentru a-i veni în ajutor. Aşadar, amintirile traumatice timpurii legate de respingere şi/sau abuz, sunt adesea codate în sentimente precum cel de *a face faţă singur*, fără ajutor sau scăpare. Prin urmare, în mod categoric, poate fi important să analizăm toate aceste chestiuni în cazul anumitor indivizi deprimaţi dacă, atunci când se simt ameninţaţi, resimt de fapt că „sunt singur în situaţia aceasta – nu există nimeni care să mă ajute". Confruntarea cu un terapeut care doreşte foarte mult să îi ajute poate furniza o experienţă emoţională puternică, ajutătoare care ar putea juca rolul unor amintiri alternative şi convingeri (Brewin, 2006).

Amintirile afective

Amintirile afective pot fi privite prin acest mod de gândire şi legate de lucrarea lui Baldwin şi de ale altora pe care le-am discutat în capitolul 2. De exemplu, dacă suntem crescuţi într-o familie care ne respinge sau ne abuzează, atunci vom avea amintiri emoţionale foarte intense. Acestea se pot lega de o orientare fundamentală spre lume în care sistemele noastre de răspuns la ameninţare şi patternurile de răspuns psihobiologice de protecţie

sunt activate cu uşurinţă (Perry *et al.*, 1995) şi ne putem confrunta cu amintiri neplăcute, nedorite (Brewin, 2006). Pe de altă parte, ne putem separa de traumă, să nu fim capabili să ne amintim detalii ale situaţiilor abuzive, dar cu toate acestea să percepem o reactivare a unor strategii puternice de protecţie sub influenţa unor anumiţi factori (Reinders, Nijenhuis, Paans, Korf, Willemsen şi den Boer, 2003). Ideea este, fie că ne sunt la îndemână, fie că nu, sistemele noastre de răspuns la ameninţare pot fi încărcate cu amintiri neplăcute şi răspunsuri condiţionate (protective). Dimpotrivă, atunci când creştem într-un mediu în care avem parte de dragoste şi grijă din partea celorlalţi şi în care suntem foarte rar predispuşi la pericole, vom avea multe experienţe (şi amintiri emoţionale) ca aceea de a fi liniştit şi de a ne simţi împliniţi şi în relaţie cu ceilalţi. Aşadar, sistemele noastre de relaxare vor dispune de multe amintiri emoţionale (şi patternuri de răspuns psihobiologice ce se repetă) pe care să le acceseze atunci când suntem stresaţi. În esenţă, sistemele noastre de relaxare sunt mult mai puternice şi capabile să regleze sistemele de impulsionare-căutare şi de răspuns la stres. Creştem ştiind că nu orice piedică apărută în cale reprezintă un pericol major. Dacă ne dezvoltăm simţind că ceilalţi se întorc împotriva noastră, că nu sunt de încredere – sau că doar dacă vom realiza sau vom afirma poziţia dominantă ori ne vom dovedi „merituoşi" pentru ceilalţi ne putem apăra împotriva fricii de respingere sau a criticii sau putem câştiga un loc sigur printre colegii noştri –, atunci lucrurile sunt foarte diferite. Nu este uşor să te simţi acceptat, în comuniune şi protejat „aşa cum sunt alţii" – în parte poate deoarece nu dispunem de multe astfel de amintiri emoţionale (Baldwin, 2005; Brewin, 2006).

Terapeuţii proveniţi din diverse şcoli, care folosesc diverse abordări, au început să utilizeze concepte din teoria ataşamentului pentru a-şi ajuta clienţii să-şi formuleze problemele (Guidano şi Liotti, 1983; Holmes, 2001; Liotti, 2007; Safran şi Segal, 1990). Există o mulţime de dovezi potrivit cărora legăturile din perioada copilăriei cu figurile părinteşti, rudele şi prietenii conduc la dezvoltarea

unor *modele interioare de lucru* ale relaţionărilor (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Gilbert, 1984, 1992, 2004; Guidano şi Liotti, 1983; McCann, Sakheim şi Abrahamson, 1988; Mikulincer şi Shaver, 2004, 2005) sau a unor *scheme relaţionale* (Baldwin, 1992, 2005; Safran, 1998; Safran şi Segal, 1990). Modelele interioare de lucru sau schemele relaţionale sunt mulţimi şi patternuri de idei fundamentale, credinţe, amintiri şi aşteptări referitoare la sine şi la ceilalţi şi tipuri caracteristice de interacţiuni care sunt legate laolaltă prin emoţii. Aceste modele interioare de lucru pot genera optimismul dacă sunt suficient de pozitive în legătură cu percepţia de sine şi a celorlalţi (Masten, 2001). În orice caz, dacă oamenii au convingeri şi amintiri emoţionale în privinţa altora ca fiind nepăsători, neatenţi şi abuzivi, iar despre sine ca fiind o persoană criticată şi necorespunzătoare, atunci devin vulnerabili întrucât acestea pot fi *reactivate* în perioade de stres.

Cu riscul de a mă repeta, concluzia care se poate trage din acest lucru pare a fi aceea că răspunsurile automate ale oamenilor (care pot urma reguli de genul „dacă-atunci"), *inclusiv autoevaluările şi sentimentele proprii* faţă de piedici şi eşecuri, sunt semnificativ influenţate de accesibilitatea pe care o au la amintirile şi modul în care alţii i-au ajutat sau i-au respins (Baldwin şi Dandeneau, 2005). Aşadar, ar trebui să începem să construim o imagine a tipurilor de strategii de protecţie care sunt activate în depresii şi căile (de exemplu, regulile „dacă-atunci") ce pot apărea conştient sau inconştient în mintea oamenilor. Această cercetare sugerează pur şi simplu că modul în care gândim şi simţim în legătură cu noi înşine şi uşurinţa activării, dar şi a intensităţii strategiilor noastre de tip protest-disperare în faţa piedicilor şi a eşecurilor este acela al reprezentărilor conştiente *şi* inconştiente care ţin de cât de serviabili, grijulii, respingători sau ostili sunt ceilalţi. Aceasta nu este în nici un caz singura influenţă, cu siguranţă, ci este una importantă. Aceste reprezentări interioare sunt compensatori puternici a uşurinţei activării, intensităţii şi duratei strategiilor de tip protest-disperare.

Căldura sufletească este diferită de protecție

Căldura sufletească implică un număr de calități cum ar fi tandrețea, blândețea, bunătatea și grija. Este transmisă pe diverse canale de comunicare prin expresii faciale, îmbrățișări, atingeri și tonuri vocale. Deși Bowlby și-a îndreptat atenția asupra atașamentului prin accesibilitatea și disponibilitatea figurilor părintești, Rohner (1986, 2004) și-a canalizat atenția pe dimensiunea bunăvoinței în interacțiunile copil-părinte (Gilbert, 1989, 2005a). MacDonald (1992) a făcut de asemenea distincția dintre un sistem de atașament bazat pe protecție și unul bazat pe căldură și afecțiune. El sugerează că:

> În timp ce atașamentul, ca mecanism de protecție față de pericol, reprezintă de fapt un sistem virtual prezent la toate mamiferele, relațiile intime apropiate caracterizate prin căldura sufletească nu sunt caracteristice tuturor mamiferelor. Singura explicație plauzibilă pentru existența sistemului afectiv uman este că evoluează ca un mecanism pentru fundamentarea relațiilor familiale apropiate, implicare din partea părinților și alegerea partenerului (MacDonald, 1992, p. 757).

Field (2000) a revizuit mulțimea în creștere a dovezilor legate de efectele benefice ale îmbrățișărilor, mângâierilor și atingerilor pe perioada dezvoltării. După cum observa Sapolsky (1994, p. 92):

> Atingerea este una dintre experiențele principale ale puilor, fie ei rozătoare, primate sau oameni. Ne gândim imediat că factorii generatori de stres constau dintr-o diversitate de lucruri neplăcute care pot influența un organism. Uneori, un factor generator de stres poate fi *lipsa* unui stimul pentru organism, iar absența atingerii pare a fi unul dintre factorii de stres cei mai importanți ai dezvoltării de care putem avea parte.

Studiile pe șoareci, maimuțe și oameni au scos în evidență faptul că aceștia cresc considerabil mai liniștiți dacă sunt atinși sau sunt mângâiați în mod regulat (Field, 2000). Aceasta nu are

legătură doar cu oferirea protecţiei, ci stimulează şi sistemele de relaxare. Cu toate acestea, Bowlby (1973) era foarte conştient de rolul liniştitor al părinţilor, făcând distincţia între aceste două sisteme (protecţie şi căldură sufletească), ceea ce i-a permis să înţeleagă din ce cauză cineva se poate bucura de ataşament în absenţa căldurii sufleteşti sau a afecţiunii şi poate oferi o grijă afectuoasă (de exemplu, grija pentru muribunzi) în absenţa (dorinţei de) ataşare. Animalele dominante şi oamenii pot fi capabili să-şi protejeze copiii de pericole şi de ameninţări într-un mod în care cele inferioare nu pot, însă aceasta nu înseamnă că ele dau dovadă şi de mai multă căldură sufletească. Oamenii se pot ataşa ca urmare a supunerii sau a concesiei faţă de „alte persoane nu foarte afectuoase", dacă ele par a fi cea mai bună soluţie pentru protecţie. Oamenii se pot de asemenea ataşa şi chiar să se simtă devotaţi faţă de persoane care sunt în realitate foarte reci, uneori chiar periculoase (de exemplu, Hitler). Acesta este ataşamentul prin protecţie în care comportamentele de ataşare funcţionează în sensul stopării dominatorului de a se întoarce împotriva lor şi, de asemenea, dominatorul le oferă o anumită protecţie faţă de ameninţările externe. Mulţi lideri şi-au dat seama că, dacă trezeşti frica oamenilor şi apoi te oferi pe tine ca salvator sau protector, oamenii ar putea să te urmeze. Într-adevăr, persoanele neliniştite ataşate folosesc atitudinea împăciuitoare ca instrument de ataşament/de securitate (Sloman, 2000). Alegerea partenerilor pe considerentul că ei par puternici sau capabili de a fi protectori poate eşua dacă aceste persoane se dovedesc abuzive. Una dintre clientele mele a recunoscut de bunăvoie că a fost atrasă de partenerul ei exact pe motivul că el era gelos şi ea ştia că el nu va permite nimănui să „aibă de-a face cu ea". Abia mai târziu, când ea a început să aibă mai multă încredere în sine, când a vrut să-şi găsească un loc de muncă, să-şi facă prieteni noi, gelozia partenerului a devenit o problemă.

În cazul în care căldura sufletească reprezintă o dimensiune specială a ataşamentului şi a conectivităţii sociale, care poate stimula sistemele de relaxare şi oferi diverse sentimente de siguranţă

(Rohner, 2004), atunci ce înseamnă în realitate „căldura sufletească"? Căldura are cel puțin trei atribute fundamentale. În primul rând, ea furnizează semnale de atenție și de confirmare care sunt *liniștitoare* și declanșează protecția organizării interne a celui care o recepționează (Gilbert, 1993). Semnalele sunt exprimate prin tonuri vocale, expresii faciale și diverse comportamente axate pe grijă și pe preocupare. În al doilea rând, căldura sufletească poate implica o împărțire a afectelor pozitive între indivizi, care stimulează *atracția*, afecțiunea și sentimentele de comuniune. Și în al treilea rând, ea apare mai degrabă atunci când indivizii se simt în siguranță unii cu ceilalți. Indivizii care se simt ușor amenințați și devin defensivi ar putea face tot posibilul să simtă sau să exprime această căldură (vezi Gilbert, 2005 pentru o discuție mult mai detaliată).

Punctul-cheie este deci acela că liniștirea/căldura și protecția reprezintă aspecte diferite ale comportamentului social care pot „solicita" sistemele caracteristice atașamentului în diverse moduri și pot regla trăirile pozitive și sistemele de reacție la amenințare. Ideal ar fi ca ele să opereze împreună, în special în cadrul relațiilor intime. Nu e vorba doar de căldura din partea părinților noștri, a partenerilor și a prietenilor, dar ne putem baza că ei vor veni în ajutorul nostru dacă vom avea nevoie de ei. Problema e că protecția fără căldură sau căldura fără protecție poate genera dificultăți. Aceasta poate ridica probleme serioase în modul în care relaționăm cu copii noștri. De exemplu, frica de a fi acuzat de abuz sexual se traduce prin aceea că profesorii nu „vor atinge" copiii; ei vor trebui să folosească sprayuri de protecție solară în locul cremelor aflate în recipiente de plastic, iar prinderea cu mâna sau ținerea în brațe a unui copil cu tulburări poate deveni o problemă. În lumea noastră din ce în ce mai bazată pe competitivitate și centrată pe amenințare pierdem din vedere nevoile omenești? Datele referitoare la atingere (și la lipsa ei) ar trebui să ne pună pe gânduri (Field, 2000).

Primii ani: de ce sunt ei importanți

Se spune uneori că terapiile cognitive şi comportamentale nu se preocupă de trecut. Aceasta este o generalizare exagerată şi în cea mai mare parte se referă la un caz sau la o anumită teorie – aşa cum vom vedea mai târziu. Este adevărat că pentru multe probleme psihologice, analiza în detaliu a amintirilor cuiva nu este nici necesară şi nici suficientă pentru a provoca o schimbare şi că această muncă legată de convingerile *obişnuite*, experienţele, comportamentele de adaptare şi stările minţii oamenilor este centrală. Dar ceea ce s-a întâmplat înainte afectează ceea ce urmează după, iar, în unele cazuri, concentrarea pe trecut poate fi *vitală*, în special de când unii oameni deprimaţi pot suferi din cauza unor amintiri dureroase nedorite (Brewin, 2006; Reynolds şi Brewin, 1999). Într-adevăr, uneori oportunităţile de reevaluare a semnificaţiei evenimentelor trecute şi de deplângere a pierderilor din trecut şi a traumelor pot fi cruciale pentru apariţia schimbării. Unul din motive este acela că părerea de rău şi acţiunea asupra elementului traumatizant pot modifica anumite sisteme de prelucrare a informaţiilor şi pot afecta modul de organizare a creierului (Cozolino, 2002). De asemenea, a-i ajuta pe oameni să recunoască originea propriilor gânduri legate de depresie, convingerile, sentimentele şi modul în care fac faţă acestor trăiri, poate fi foarte util în efortul de a-i sprijini ca să se schimbe şi să se dezvolte.

Mulţi terapeuţi, inclusiv terapeuţii cognitivişti (Beck, 1967) sugerează de mult timp că stilurile negative de gândire, convingerile şi sentimentele (de exemplu, „sunt antipatic", „sunt un ratat") provin din experienţele incipiente avute cu părinţii, cu partenerii, dar şi cu ceilalţi. Convingerile negative acumulate în tinereţe pot să nu fie observate când o persoană se simte bine. Aceste credinţe pot fi latente, însă ele pot fi reactivate de unele evenimente din viaţă sau în cazul unor stări de stres. În ultimii ani, aceste idei au fost dezvoltate şi s-a depus efort pentru a se ajunge la o înţelegere mai clară a modului în care relaţionările din perioada

timpurie a vieții modelează stilurile de relaționare ale adultului, credințele acestuia și regulile de tipul „dacă-atunci" precum și modul în care facem față dificultăților vieții (Masten, 2001; Mikulincer și Shaver, 2004, 2005; Safran, 1998). O constatare importantă este aceea că credințele latente precum și regulile de tipul „dacă-atunci" (pe care terapeuții cognitiviști le numesc presupuneri) pot apărea din experiențele de învățare care de fapt modelează modul în care s-a organizat creierul nostru (adică fenotipurile noastre). Aceasta deoarece, după cum se cunoaște acum, experiențele incipiente pot avea un efect profund asupra modului în care creierul nostru, stările potențiale ale creierului și abilitățile psihologice se maturizează (Gerhardt, 2004; Schore, 1994; Siegel, 2001; Teicher, 2002).

Din ce în ce mai mulți psihoterapeuți înțeleg modul în care răspunsurile noastre la diverse situații sunt legate de patternurile psihobiologice complexe care sunt create și recreate în mod constant în mintea noastră. Aceste patternuri apar din interacțiunea dintre gene, experiențele din viață și din învățare. Din prima zi a vieții noastre (și chiar dinainte de a ne naște) dezvoltarea noastră fizică este influențată de starea mentală a mamei și de profilurile hormonale. După ce ne-am născut suntem extrem de sensibili la stimulii sociali. Chiar și copiii care au doar câteva ore de când s-au născut, pot reacționa la vocea mamei și atingerile ei. Starea mentală și reacțiile unei mame (ceea ce se petrece în mintea ei) sunt traduse într-o serie de comportamente ce se referă la modul în care ea vorbește/cântă, se uită la ceva, dezmiardă, atinge și ține în brațe propriul copil, precum și la abilitatea ei de a empatiza și de a rezona cu stările copilului ei, dar și cu stările mentale ale acestuia. Felul în care mintea unei mame este capabilă să influențeze mintea copilului, printr-un proces de rezonanță empatică, este numit intersubiectivitate (Trevarthen și Aitken, 2001) – ceea ce înseamnă că intersubiectivitatea este legată de coreglarea moment cu moment a participanților în funcție de modul în care aceștia receptează sentimentele care se îndreaptă către ei din partea celorlalți. Interacțiunile de reglare reciprocă, legate de comunicările empatice, pot de asemenea să apară și în psihoterapie (Stern, 2004).

„Dansurile" reglării reciproce ale mamei şi ale copilului au efecte importante asupra minţii/creierului copilului, ajutând la dezvoltarea armonioasă necesară în perioada maturizării creierului odată cu formarea noilor conexiuni neuronale într-o proporţie de zeci de mii de neuroni pe zi (Gerhardt, 2004; Schore, 1994; Siegel, 2001). Mama influenţează la propriu *patternurile conexiunilor neuronale*. De o importanţă deosebită este modul în care experienţele legate de atenţia acordată în perioada incipientă a vieţii stimulează diverse zone corticale (de exemplu, cele din emisfera dreaptă şi cortexul prefrontal). Aceste sisteme sunt importante pentru reglarea emoţională, formarea reprezentărilor interioare despre sine şi despre ceilalţi şi influenţează uşurinţa activării (şi relaxării) strategiilor de protecţie. Mai târziu, modul în care ceilalţi, ca agenţi de socializare (în special îngrijitorul primar) înţeleg şi empatizează cu emoţiile copilului şi cu comportamentele acestuia, are un impact major asupra abilităţii copilului de a înţelege şi de a-şi regla propriile emoţii, comportamente şi trăsături personale şi leagă toate acestea de sistemele de autoprelucrare şi de autodefinire (Schore, 1994). Astfel, copilul abuzat/respins, spre deosebire de un copil iubit şi stimulat, dezvoltă infrastructuri psihobiologice diferite în creierul lor, din care apar structuri diferite de organizare.

Oamenii pot fi predispuşi să acceseze patternuri de răspuns psihobiologice de tipul protest-disperare mult mai serioase deoarece ei au fost sensibilizaţi spre experienţe de separare, respingere sau frustrare în viaţa lor incipientă (Perry *et al.*, 1995). Chiar dacă eşti predispus genetic la depresie, o îngrijire de calitate în perioada incipientă a vieţii poate conduce la dezvoltarea unor structuri cerebrale care reduc riscul depresiei (Caspi şi Moffitt, 2006; Caspi *et al.*, 2003). Suomi (1999) a mutat puii de la maimuţele care aveau această vulnerabilitate genetică la femele mult mai protectoare şi afective. Ei au constatat că rezultatele experimentelor au fost pozitive, unii dintre puii vulnerabili din punct de vedere genetic devenind pe perioada creşterii foarte sociabili şi adesea obţinând o poziţie înaltă în grup prin afilieri (Suomi, comunicare personală).

Taylor, Way, Welch, Hilmert, Lehman şi Eisenberger (2006) au arătat că în cazul depresiei, atenţia acordată de timpuriu intră în interacţiune cu sensibilitatea genetică. Această grijă timpurie poate afecta modul în care genele sunt puse în valoare. În acelaşi timp, îngrijirea din perioada incipientă a vieţii reduce semnificativ riscul de depresie prin modificarea profilurilor genotipurilor.

A fi bun părinte înseamnă de cele mai multe ori că sentimentele persoanei în cauză sunt confirmate şi astfel este mult mai probabil să fie înţeles şi să nu se simtă ruşinat sau contrariat de ele (Leahy, 2001, 2002, 2005). A fi acceptat, ascultat şi auzit reprezintă *elemente-cheie pentru a te simţi în siguranţă şi liniştit*. În orice caz, dacă cineva a avut o serie de experienţe de separare sau de respingere sau părinţii nu au fost disponibili sau nu au putut stimula sistemele afective pozitive ale stării de relaxare, atunci este mult mai probabil să se dezvolte patternuri neuropsihologice care pun bazele unui *ataşament nesigur*, persoana aşteptându-se ca ceilalţi să o respingă şi să ajungă singură sau să simtă că sentimentele pe care le are par confuze, greşite sau rele. Odată intraţi în starea de depresie, aceste patternuri de răspuns psihobiologice, împreună cu amintirile emoţionale, îşi pot face drum înapoi în mintea noastră (Brewin, 2006). Încă o dată, în discuţiile cu clienţii despre aceste lucruri, insistăm că „nu este vina lor". După cum vom vedea mai târziu, unii au petrecut o viaţă întreagă încercând să păstreze aceste sentimente dureroase şi stări ale creierului, asociate cu sentimentul singurătăţii, al respingerii şi acela de a fi agresat (stări ce provin din copilărie) şi atacat. Din păcate, chiar aceste eforturi de a face faţă (comportamente de siguranţă), precum acela de a încerca de fiecare dată să-i mulţumim pe ceilalţi, fiind supuşi, ascunzând furia faţă de cineva sau căutând să realizăm lucruri importante pentru a ne demonstra valoarea în faţa celorlalţi, pot creşte riscul de a intra într-o stare de depresie dacă acestea nu reuşesc – dăm greş şi apoi revenim la sentimente precum respingerea şi înfrângerea. Oamenii pot face faţă mult mai bine eşecurilor dacă îi simt pe ceilalţi prietenoşi şi înţelegători (Baldwin

şi Dandeneau, 2005; Kumashiro şi Sedikides, 2005). Modul în care patternurile neurofiziologice sunt create şi recreate în fiecare va depinde de felul în care s-a maturizat creierul fiecăruia şi de tipurile de informaţii (de exemplu, reguli „dacă-atunci" şi amintiri) pe care le conţine.

Temele principale ale prezentării de până acum se referă la faptul că experienţele din perioada incipientă a vieţii afectează modalitatea de manifestare a genelor şi infrastructurile psihobiologice ale creierului nostru, din care apar dispoziţiile pentru diverse tipuri de angajări sociale şi reglări ale stărilor afective, care în schimb creează şi recreează patternurile de răspuns psihobiologice. Tot în aceste patternuri sunt conţinute şi amintirile, regulile de tipul „dacă-atunci" şi reprezentările sinelui şi ale celorlalţi. Toate acestea ne ajută să interpretăm lumea ca fiind sigură sau periculoasă şi reglează strategiile de protecţie înnăscute care ne pot scufunda în sentimente puternice de depresie – reprezentate ca emoţii puternic negative care le diminuează pe cele pozitive. Astfel, aşa cum s-a afirmat în ultimii 20 de ani, depresia reprezintă o stare a creierului cu diverse patternuri de răspuns psihobiologice (Gilbert, 1984, 1992). Psihoterapia este o modalitate de accesare şi modificare a acestor patternuri în cazul persoanelor deprimate (Cozolino, 2002; Linden, 2006).

Stiluri parentale

Într-un studiu epidemiologic extins, Kessler şi Magee (1993) au descoperit că adversităţile resimţite în perioada copilăriei sunt legate atât de episoadele de început ale depresiei, cât şi de cele ce se repetă periodic. În cadrul unui raport de monitorizare efectuat pe 121 de studente, Hammen, Henry şi Daley (2000) au constatat că femeile care au antecedente în ceea ce priveşte necazurile în copilărie au nevoie de mult mai puţin stres pentru a declanşa starea de depresie decât cele care nu au avut necazuri în copilărie. Există

multe dovezi potrivit cărora stresul din perioada incipientă afectează nivelul de sensibilitate din cadrul sistemelor de management a stresului (Teicher, 2002). Goodman (2002) a publicat o analiză foarte utilă referitoare la legătura dintre diverse tipuri de educație timpurie bazate pe amenințare și diverse vulnerabilități față de depresie. Lipsa oricărui tip de îngrijire părintească, așa cum reiese din studiile efectuate pe copiii instituționalizați din România, scoate în evidență cât de nocive sunt aceste experiențe. Cu toate că adopția la vârste cât mai fragede poate fi de ajutor în remedierea deficiențele cognitive, totuși nu se știe foarte sigur gradul în care sunt compensate vulnerabilitățile emoționale. Așa cum afirma Goodman (2002) și cum am indicat în edițiile anterioare ale acestei cărți, în ultimii 30 de ani au fost studiate multe tipuri diferite de educație părintească, precum și legăturile acestora cu psihopatologia – sunt mult prea multe pentru a fi prezentate în prezentul volum. Astfel, voi selecta anumite trăsături comune ce reapar în lucrul cu oamenii deprimați. În încercarea de a realiza o evaluare completă și de a construi o formulare comprehensivă, adesea este nevoie de grijă față de aceste detalii.

Absența celuilalt

Așa cum am afirmat și mai sus, trebuie să facem distincție între problemele legate de absența celuilalt; adică să distingem perioadele când părintele nu joacă rolul de agent de liniștire, de cele de amenințare în care părintele sau alții produc o suferință ce conduce la frica de ceilalți.

Indisponibilitatea părintească. Aceste persoane au trăit probabil separarea de părinte și abandonul. Uneori acestea se întâmplă ca urmare a unei boli a părintelui, morții acestuia sau a divorțului. Aceste motive pot de asemenea să reprezinte probleme majore în cazul celor ce au fost adoptați, crescuți sau dați în grijă de mici

(Verrier, 1997). Pentru astfel de oameni, căutarea părintelui biologic (şi conflictele generate de aceste căutări) poate fi intensă şi ar fi util să fie susţinuţi de diverse agenţii de adopţie şi grupuri de sprijin cu care pot discuta şi care îi pot ajuta în căutările lor. Indisponibilitatea părintească poate apărea din cauza presiunii care se exercită asupra părintelui la serviciu, iar copilul încearcă din răsputeri să obţină atenţia părinţilor care sunt obosiţi şi stresaţi. Mulţi părinţi au observat că atunci când le acordă copiilor o mai mare atenţie, se implică în jocurile lor şi îşi împart sarcinile, problemele emoţionale minore şi comportamentale se rezolvă. Un motiv de îngrijorare îl reprezintă nivelul la care televizorul şi jocurile pe calculator pot să înlocuiască participarea la joacă şi distribuirea rolurilor.

Inaccesibilitatea părintească. Se poate ca părinţii să fie fizic prezenţi, dar să nu fie capabili să acorde suficientă atenţie sau suport emoţional. Se poate să nu fie apţi să-şi ajute proprii copii când este vorba de sentimentele lor şi să-i facă să se simtă în siguranţă alături de ei (Leahy, 2001, 2005). Koren-Karie, Oppenheim, Dolev, Sher şi Etzion-Carasso (2002) au analizat trei tipuri de interacţiuni maternale: foarte înţelegătoare, unilaterale, detaşate. Mamele foarte înţelegătoare încearcă să observe trăirile copiilor lor chiar prin *ochii copilului* şi să caute explicaţii din perspectiva lui. Mama face un efort de a înţelege sentimentele şi cauzele stării copilului şi să le analizeze (adică dau dovadă de „empatie interesată"). Mama unilaterală este dornică să aibă grijă de propriul copil, dar are în minte idei preconcepute în ce priveşte nevoile copilului şi o imagine „unidimensională" a copilului. Cercetătorii cred că o astfel de atitudine poate conduce la o îngrijire nepotrivită. Aceste mame impun mai degrabă grija decât să interacţioneze empatic cu sentimentele copilului. Mamele detaşate sunt caracterizate printr-o lipsă a implicării emoţionale. Doar gândul la ce s-ar putea petrece în mintea copilului lor este ceva nou pentru ele şi nu reprezintă ceva plăcut. Cercetătorii cred că aceste mame detaşate

vor avea copii cu tendințe de evitare. Așa cum ne-am putea aștepta, mamele foarte înțelegătoare vor avea copii cu un accentuat sentiment al siguranței. Koren-Karie și colaboratorii (2002) au arătat că modul în care o mamă e capabilă să intre într-un acord empatic cu propriul copil are un impact major asupra maturizării copilului. Unii oameni deprimați își descriu părinții că fiind reci, distanți, dezinteresați și neglijenți. În ciuda faptului că au făcut eforturi repetate de a forma legături emoționale cu părintele, în final nu au reușit (Bowlby, 1980).

Părinții cu nevoie de afecțiune. Unii oameni fac copii ca să existe cineva în preajmă să îi îndrăgească. Acești oameni își folosesc proprii copii pentru a-și mări propria nevoie interioară de a fi iubiți sau pentru ca aceștia să le dea un sens în viață. Acești părinți pot exercita o presiune mare asupra copilului pentru ca acesta să acționeze în acest fel pentru ei. Un părinte dependent poate încerca să-și transforme propriul copil într-un îngrijitor folosind de fiecare dată umilința sau vina.

Părinții anxioși. Unii părinți sunt extrem de agitați în legătură cu propria siguranță, dar și în legătură cu siguranța propriilor copii. În loc să fie o sursă de liniște și calm pentru copil, ei sunt mai degrabă cei care îi agită pe copii. Unii din acești copii pot merge mai departe și să devină ei înșiși persoane care intră ușor într-o stare de agitație, în special din cauza unor probleme minore precum bolile fizice, în cazul în care sunt predispuși să mediteze asupra pericolelor posibile ce li se pot întâmpla.

Părinții deprimați. Există dovezi potrivit cărora părinții deprimați (ca și alte tipuri de părinți) pot avea un impact dăunător asupra dezvoltării propriilor copii. Aceasta se întâmplă în parte deoarece creierul copilului se află într-un acord înnăscut cu vocea și figura mamei. Dacă mama nu este capabilă să interacționeze cu propriul copil astfel încât să transmită copilului o stare de relaxare și

afecţiune, aceasta conduce la probleme în dezvoltarea anumitor sisteme afective pozitive ale copilului şi la întârzieri în dezvoltarea afectivă (Gerhardt, 2004). Copilul poate creşte astfel într-o lume lipsită de bucurie, sumbră şi imprevizibilă.

Cheia pentru unele din aceste experienţe (observate şi în cazul altor tipuri de părinţi) o reprezintă lipsa afecţiunii fizice, care de obicei se traduce prin sărutări, alinturi şi îmbrăţişări. Să ne reamintim că aceste comportamente fizice de afecţiune, adesea asociate cu căldura, expresiile faciale afectuoase şi comunicările nonverbale, sunt stimulatori importanţi ai relaxării şi ai sistemului afectiv pozitiv de alinare şi asociere (Carter, 1998; Wang, 2005). Unii oameni deprimaţi nutresc o dorinţă de a fi strânşi la piept şi „înveliţi şi îmbrăţişaţi şi protejaţi". Aceste sentimente pot fi uneori copleşitoare şi activează stări de tristeţe profundă şi durere care sunt dificil de prelucrat şi pot genera sentimente de umilinţă.

Din aceste experienţe de viaţă rezultă că percepţia de bază poate fi aceea că ceilalţi nu se află acolo pentru ei; aceştia pot avea amintiri emoţionale ca cele de a fi singuri sau să se simtă izolaţi de ceilalţi, iar sentimentele lor pot fi confuze şi copleşitoare. Aceste teme pot de asemenea să fie prezentate atunci când se pune accentul pe ameninţarea reală din partea părintelui.

Celălalt privit ca ameninţare

Abuz şi intimidare. Există o preocupare şi o cercetare în creştere în ce priveşte impactul asupra copiilor care sunt martorii violenţei domestice şi ai abuzului emoţional. Acestea creează medii ameninţătoare şi nesigure şi modelează căi inutile de a face faţă conflictelor. Trebuie de asemenea să fim atenţi şi la posibilitatea unei neglijenţe severe în perioada incipientă a vieţii şi de asemenea existenţa unui abuz, atât fizic, cât şi sexual, în cazul celor ce prezintă depresii complexe. Unii copii sunt chiar ameninţaţi că

vor fi uciși de părintele lor. O analiză excelentă a cercetărilor în acest domeniu poate fi găsită în tulburătoarea, dar interesanta carte a lui Bifulco și Moran, *Wednesday's Child* (1998). Datele lor clarifică faptul că abuzul slăbește abilitatea omului de a face față stresului și crește vulnerabilitatea la depresie. Toate formele de abuz fizic, sexual și emoțional pot fi puternic traumatizante pentru maturizarea noastră psihobiologică, dezvoltarea unei încrederi de bază și capacitatea de a forma relații intime (Gerhardt, 2004; Teicher, 2002). Aceste traume timpurii, afectează de asemenea maturizarea sistemelor de răspuns la stres și de reglare emoțională. Andrews (1998) analizează modul în care abuzul crește predispoziția spre diverse forme de rușine și de depresie cronică. Este important ca acei consilieri care nu sunt familiarizați cu abordarea cazurilor de abuz, să ceară sfaturi sau să fie ghidați și posibil, chiar să transfere clientul cuiva experimentat în această zonă de lucru. Abilitățile terapeutice necesare le vor depăși adesea pe cele prezentate în această carte.

Într-un important studiu recent, Teicher și colaboratorii (2006) analizează influențele patogene ale abuzului verbal, fizic și sexual. De asemenea, o atenție considerabilă a fost acordată abuzului sexual și fizic, acești cercetători ajungând la concluzia că abuzul verbal (numele fiind strigate sau rostite folosind tonuri emoționale ostile) a fost puternic legat de o depresie ulterioară și anxietate. Abuzul verbal nu numai că îl face pe celălalt foarte amenințător, dar de asemenea are un impact major asupra sentimentului de sine și asupra înclinării spre rușine (vezi capitolul 6). Oamenii care provin din aceste medii pot fi vulnerabili la depresie și alte tulburări sub diverse aspecte. În primul rând, deoarece aceste experiențe sunt traumatice, unii oameni deprimați pot avea amintiri traumatice disociate. Acestea vor activa cu ușurință anumite tipuri de protecție (de exemplu, să se simtă deodată speriat, această stare fiind însoțită de o pierdere a atitudinii emoționale pozitive), dar persoana ar putea să nu fie capabilă să lege foarte clar această protecție de propriul trecut (Nijenhuis, van der Hart

şi Steele, 2002). În plus, aceste experienţe îi pot face pe oameni insensibili la atingeri (Nijenhuis, 2002) şi posibil insensibili la semnalele de atenţie şi afecţiune. Într-adevăr, semnalele de atenţie pot fi alarmante şi să se asocieze cu conflictul de tip apropiere--evitare (Liotti, 2000, 2002; vezi de asemenea capitolul 11 din acest volum).

Mai este un alt aspect ce se referă la experienţele abuzive incipiente, care este de o importanţă aparte pentru înfrângerea socială şi modelul poziţionării sociale discutate pe scurt. Mai întâi, desigur, persoana implicată poate că nu este capabilă să se elibereze sau să scape de agresori şi astfel persoana se află într-o situaţie de fugă care a fost suspendată (vezi capitolul 3). În al doilea rând, agresorii doresc şi aplică o subordonare dură – individul va trebui să se supună făptaşului, să îndure orice ar fi şi să suporte orice doreşte acesta să-i facă. Aceasta desigur instituie experienţa lipsei de autoritate şi diversele strategii defensive de „blocare" şi disociere care vin împreună cu aceasta.

Există de fapt o serie de tipuri de comportamente părinteşti care pot intensifica activarea sistemelor de răspuns la ameninţare şi codifică toate acestea în amintirile emoţionale, în care copilul este foarte speriat şi se află într-o poziţie supusă (Perry *et al.*, 1995). Aceste tipuri se găsesc în mod obişnuit în poveştile de viaţă ale unor oameni deprimaţi.

Critică părintească şi control. Părinţii care sunt excesiv de autocritici şi autoritari şi/sau excesiv de umilitori în eforturile lor de a-şi forţa proprii copii să se supună, adesea formează oameni ce sunt extrem de sensibili când e vorba de umilinţă şi faţă de critica din partea celorlalţi. Există multe lucrări care arată că emoţiile exprimate intens (criticile dure şi controlul sâcâitor) sunt factori de vulnerabilitate favorizanţi pentru o serie de disfuncţii, inclusiv depresia (Teicher *et al.*, 2006; Wearden *et al.*, 2000). Mai târziu, pe parcursul vieţii, ei pot „auzi vocea aspră" a părintelui în minte, care poate apărea sub forma unor sentimente

supărătoare şi amintiri emoţionale (Brewin, 2006; Reynolds şi Brewin, 1999). Adesea, aceşti copii se maturizează nesiguri pe personalităţile autoritare chiar dacă acestea vin în ajutor sau blamează.

Competitivitate părintească. Unii oameni deprimaţi îşi percep părinţii ca impunându-le standarde excesiv de ridicate şi făcându-i de ruşine dezicându-se de ei dacă nu realizează aceste standarde. Părinţii care „strigă la copiii lor de la linia de sosire" în sport, făcându-i de ruşine că nu au fost suficient de buni, sunt adesea extrem de competitivi şi îşi folosesc copiii ca o extensie a propriilor nevoi de a reuşi şi ca obiect de autoconfirmare. Un alt aspect al familiilor competitive poate fi acela în care părinţii concurează *cu* propriii copii. Critica părintească poate uneori să constituie un efort din partea părintelui de a-şi demonstra superioritatea (de exemplu, ca mamă) faţă de propriul copil. Astfel de copii se pot dezvolta cu sentimentul inferiorităţii faţă de proprii părinţi. Atunci când îţi dai seama că părinţii se consideră întotdeauna superiori ţie, acest fapt poate diminua respectul de sine, un aspect care a fost legat de depresia postnatală (Arieti şi Bemporad, 1980a). O altă temă frecventă în familiile competitive este aceea în care un părinte (de obicei, dar nu de fiecare dată, tatăl) poate concura cu copilul pentru atenţia celuilalt părinte, creând o atmosferă de rivalitate şi gelozie. Un bărbat gelos, nesigur, care el însuşi a fost neglijat în trecut, poate crea probleme serioase în astfel de familii – terorizându-şi soţia şi copiii.

Favoritism părintesc. Unii copii simt că sunt mai puţin favorizaţi sau iubiţi decât un alt frate (fraţi) şi au un sentiment puternic de inferioritate. Această situaţie ar putea apărea din cauza personalităţii lor diferite sau a sexului sau că nu au unele talente aşa cum are fratele favorizat. Unele dovezi sugerează faptul că rememorarea favoritismului părintesc şi a sentimentului că a fost un copil mai puţin favorizat sunt asociate cu depresia (Gilbert şi Gesma, 1999).

Astfel de copii pot deveni adulţi care simt că trebuie să lupte constant pentru câştigarea afecţiunii, dar că nu sunt suficient de buni pentru a reuşi (în afara cazului când cineva face ceva special), iar aceştia se pot confrunta cu sentimente precum invidia sau ruşinea.

Părinţi imprevizibili. Unii oameni deprimaţi îşi percep părinţii ca fiind foarte imprevizibili. Uneori aceştia sunt iubitori, iar alteori agresivi. Această situaţie poate da naştere la conflicte de tipul apropiere-evitare (Liotti, 2000). Acest model poate fi în mod special menţionat acolo unde problemele mentale ale părinţilor au reprezentat o problemă. Liotti (2000) a subliniat faptul că părinţii care nu şi-au rezolvat propriile traume (de exemplu, abuzul) pot avea probleme în a se simţi confortabili atunci când trebuie să aibă grijă şi să răspundă la suferinţa unui copil. Ei pot trimite semnale contradictorii (atât un comportament ameninţător, cât şi unul care oferă siguranţă) faţă de copil, ceea ce conduce la confuzie şi la un dezacord între modelele de lucru interioare. Liotti (2000) sugerează de asemenea că perceperea părintelui atât ca protectiv, cât şi ca ameninţător reprezintă o sursă de ataşament dezorganizat. Spre deosebire de alte experienţe parentale, astfel de copii pot deveni extrem de sensibili faţă de stările de spirit ale altora şi astfel poate fi dificil pentru aceştia să se bazeze pe ceilalţi sau să aibă încredere în ei.

Părinţi turbulenţi. Unii copii cresc în familii dezorganizate în care au loc conflicte constante şi în care unul sau ambii părinţi ameninţă adesea că pleacă (Bowlby, 1980). Toate acestea creează un mediu foarte nesigur şi o atmosferă de stres puternic. Astfel de copii nu sunt supuşi doar riscului de a fi atraşi în conflictele părinteşti sau forţaţi să ia partea cuiva, dar trăiesc sub ameninţarea constantă a abandonului şi devin foarte sensibili faţă de stările de spirit ale celorlalţi. Se ştie că a fi martor la abuzurile verbale şi la violenţele domestice reprezintă un factor de vulnerabilitate faţă

de depresie (Teicher *et al.*, 2006). Uneori aceşti copii devin împăciuitori, luându-şi rolul de a încerca să-i liniştească pe ceilalţi. Alteori aceştia pot încerca să evite dependenţa sau apropierea de ceilalţi deoarece este prea riscant.

Rememorarea experiențelor copilăriei

Există multe scale ce măsoară rememorarea oamenilor a modului în care părinţii lor s-au purtat cu ei şi de asemenea există riscul ca unele din acestea să fie afectate de dispoziţia actuală şi de stările emoţionale, Brewin, Andrews şi Gotlib (1993) sugerând că aceştia sunt indicatori de încredere ce se referă la trecutul incipient. Precauţia faţă de aceştia este aceea că unii oameni au dat uitării aceste experienţe traumatice incipiente şi îşi mai amintesc foarte puţine lucruri (Liotti, 2007; Nijenhuis *et al.*, 2002). Cu toate acestea, multe dintre scalele obţinute pe bază de sondaj care s-au axat pe rememorarea comportamentului părintesc au scos în evidenţă faptul că afecţiunea scăzută şi controlul excesiv sunt elemente comune ce se regăsesc în istoricul oamenilor deprimaţi. Scalele care măsoară respingerea activă şi ruşinea clasează totuşi acest factor ca fiind cel mai patogen. În lucrarea noastră, nu am fost interesaţi atât de mult de modul în care oamenii rememorează *acţiunile celorlalţi*, cât de amintirile emoţionale reprezentative ale felului în care ei s-au simţit când erau copii. Am elaborat o Scală a Experienţelor de Viaţă Timpurii (SEVT), care este centrată pe rememorarea stărilor teamă şi groază în mediul familial, de a fi inferior sau de a fi supus în contrast cu sentimentul de apreciere. Am constatat că sentimentele de teamă sau inferioritate din perioada copilăriei sunt legate de depresie (Gilbert, Cheung, Wright, Campey şi Irons, 2003). Acţiunea în curs de desfăşurare în departamentul nostru sugerează faptul că rememorarea stărilor emoţionale din perioada copilăriei poate media legătura dintre comportamentul părintesc şi depresie. Astfel, există diferenţe specifice importante în modul în care reacţionează copiii şi cum fac faţă adversităţii şi ar

putea reprezenta amintiri emoţionale legate de felul în care se simţeau (percepţiile interioare ale sinelui) şi care sunt de o importanţă aparte (Mikulincer şi Shaver, 2004).

Reglarea în cadrul familiei şi al grupurilor de prieteni. Diverşi copii fac faţă diferit aceluiaşi stres familial în funcţie de temperament, poziţia în familie, dinamica familială şi disponibilitatea surselor alternative de atenţie/afecţiune. Este important de remarcat faptul că relaţiile copil-părinte au loc în sisteme mai largi de relaţionare cum ar fi familii lărgite, relaţii frăţeşti şi grupuri de prieteni. Acestea pot atenua (de exemplu, dezvoltarea unor relaţii bune cu un bunic) sau accentua problemele. Copiii pot de asemenea reacţiona foarte diferit la ameninţări. De exemplu, atunci când tatăl lui Jane le-a părăsit, mama ei „s-a simţit doborâtă". Sora ei mai mică a ajuns să fie mai nervoasă şi se comporta violent, adesea recurgând la băutură, având toane şi dând naştere la tot felul de probleme. Jane însă s-a alăturat mamei sale, devenind sprijinul ei şi „fata bună" care niciodată nu-şi exprimă sentimentele. Această alegere a condus la atragerea dispreţului surorii sale, cu care ea avusese o relaţie bună înainte, iubindu-se şi având grijă una de alta. Jane remarca faptul că „atunci când tata pleacă, uneori ceva în mine moare". Dacă avea sentimente negative faţă de alţii, adesea ea le ascundea, dar dacă avea sentimente pozitive şi încerca să fie „bună", ea percepea că ceilalţi o invidiază şi sunt dispreţuitori. Aici e importantă problema conflictului (vezi capitolul 3). În mod clar nu poţi înţelege aceste complexităţi decât dacă înţelegi ceva din dinamica familiilor. Jane a avut parte de multă supărare şi furie cărora a trebuit să le facă faţă.

Rezumat

Aşadar, temele de mai sus oferă diverse variaţii ale tipurilor parentale (dar există şi altele). Trei teme-cheie apar din astfel de experienţe: a) creşterea sentimentului de singurătate şi deconectare;

b) starea şi sentimentul de teamă şi subordonare; c) necesitatea concurenţei pentru atenţie şi pentru apreciere. Modul în care oamenii s-au adaptat să facă faţă este unic de la persoană la persoană. Pornind de la această înţelegere individualizată a patternurilor, terapeutul şi clientul încearcă să înţeleagă şi să construiască o formulare (vezi capitolul 9). Aşa cum vă puteţi imagina, aceste teme de viaţă incipientă nu sunt reciproc exclusive şi de fapt combinaţiile lor reprezintă mai degrabă regula decât excepţia (Teicher *et al.* 2006). Mai mult, anumite eforturi de adaptare conduc copilul spre comportamente complet opuse. De exemplu, un copil cu o mamă foarte nervoasă şi agitată poate deveni foarte nesăbuit. Un copil pe care un părinte îl solicită foarte mult, care are aşteptări înalte, poate renunţa, „abandona", pentru a fi sub aşteptările părintelui. Aşadar, acestea sunt doar unele exemple şi indicii. Fiecare individ *este unic* în modul cum face faţă experienţelor trăite în perioada timpurie a vieţii. Până în momentul în care o persoană vine la terapie, ea se va confrunta cu influenţele din trecut, cu familia şi colegii, dar în plus de acestea, se confruntă şi cu propriile eforturi de adaptare.

Stiluri de ataşament în relaţii

Ca rezultat al propriilor experienţe timpurii, cercetările indică faptul că există patru stiluri interpersonale de bază care apar în copilărie şi care sunt utilizate pe toată perioada vieţii. Unele dintre acestea generează dificultăţi majore mai târziu în privinţa adaptării în timpul vieţii, la pierderi, contradicţii şi schimbări de situaţie. Aceste stiluri au fost expuse de Collins şi Read (1990), cu toate că şi alţii le-au menţionat (Cassidy şi Shaver, 1999; Mikulincer şi Shaver, 2004). Vom prezenta în detaliu, în cele ce urmează, aceste stiluri deoarece acestea pot apărea şi în relaţionarea pacient-terapeut (Liotti, 2007; vezi şi capitolul 7 al acestui volum). Aşadar, un terapeut ar putea „căuta" aceste stiluri.

Ataşament sigur

Aceste persoane sunt capabile să se apropie de alţii, dar pot face faţă şi distanţei. Ei se simt confortabil dacă depind de alţii sau alţii depind de ei şi foarte rareori îşi fac griji, dacă lucrurile decurg normal, în privinţa abandonului sau a relaţiilor foarte apropiate şi intime. Aceştia au încredere atât în ei, cât şi în ceilalţi. În cadrul procesului de consiliere, aceştia capătă încredere relativ uşor, sunt deschişi, dar de asemenea îşi dau seama care sunt limitele.

Ataşament anxios

Aceste persoane simt că nu se pot apropia destul de mult de ceilalţi şi sunt foarte sensibili la semnalele de respingere şi abandon. Adesea tânjesc după afecţiune fizică. Adesea se tem că părinţii şi prietenii lor i-ar putea părăsi sau i-ar putea ignora. Nevoia lor de reconfirmare continuă a dragostei şi acceptării lor uneori îi alungă pe ceilalţi şi poate părea ca aderenţă, posesie, gelozie, dar şi alte forme anxioase de ataşament şi relaţionare. Este foarte probabil ca aceştia să fie expresivi din punct de vedere afectiv.

Ataşament evitant

Persoanele care se încadrează în această categorie preferă distanţa şi nu se simt în largul lor dacă ceilalţi se apropie prea mult. Nu le place să fie dependenţi de ceilalţi şi nici ceilalţi să depindă de ei. Adesea realizează că partenerul lor doreşte să fie mai apropiaţi, însă aceasta ţine până la urmă tot de intimitate ceea ce îi sperie. Ei sunt adesea bănuitori în legătură cu motivele celorlalţi şi sunt atenţi să nu fie răniţi şi/sau controlaţi în relaţii pe care le au. Aceste persoane sunt cele mai puţin expresive din punct de vedere emoţional şi ar putea fi subiectul unei ruşini puternice. Goodman (2002) remarcă în însemnările sale faptul că acest stil sugerează

că ar putea oferi o oarecare protecție împotriva dereglării emoționale. Lucrări recente sugerează că stilurile evitante pot fi de două forme ce se referă la respingere (nu am nevoie de ceilalți) și la sentimentul de teamă (am nevoie de ceilalți însă aceștia sunt prea înfricoșători pentru a mă apropia de ei).

Atașament ambivalent și dezorganizat

În cazul acestor persoane se pot observa amestecuri și oscilații ale comportamentului anxios și evitant. Dacă ceilalți se apropie prea mult, aceștia se îngrijorează că ar putea fi controlați și „îngrădiți" și manifestă patternuri comportamentale de evitare. Dacă ceilalți sunt prea distanți, ei se tem de abandon și singurătate și în acest caz manifestă patternuri comportamentale anxioase. În cazul celor poziționați la limita de demarcație a acestor comportamente, această oscilație poate fi evidentă și, acest tip de atașament poartă numele de atașament dezorganizat (vezi Liotti, 2000, 2002). Încă o dată trebuie remarcată importanța conflictelor interioare dintre motive, emoții și strategiile de protecție (vezi capitolul 3).

Dacă aceste clasificări sunt sau nu adecvate pentru a lucra cu această plajă de experiențe abuzive pe care le pot avea copiii constituie un subiect de cercetare. În orice caz, aceste stiluri primare de relaționare de tipul sine-ceilalți pot reflecta patternuri psihobiologice de reactivitate ce influențează percepțiile conectării și relaționării cu ceilalți (Mikulincer și Shaver, 2004) și se exprimă în cadrul terapiei (adică unii pacienți deprimați par agitați și au nevoie de afecțiune, alții sunt retrași în sine, distanți sau ostili, iar alții oscilează între aceste două stiluri). Liotti (2000, 2002, 2007), Safran (1998) și Sloman (2000) au scris despre cum aceste stiluri de atașament influențează relația și intervențiile terapeutice. Poate fi util să împărtășești cu clientul tău același punct de vedere asupra legăturilor trecute și a modului în care acestea pot acționa asupra stilului său actual de relaționare, inclusiv asupra terapiei.

Atenţia se poate concentra asupra faptului că acestea pot fi eforturi de protecţie automate.

Luând în calcul ceea ce ştim despre legătura dintre trecutul timpuriu şi vulnerabilitate, aceasta indică necesitatea unei istorii detaliate a unui caz, precum şi modurile de contextualizare a depresiei (vezi capitolul 9). Aceste cerinţe apar nu din cauză că va trebui să „ruminaţi împreună" la cât de rău a fost trecutul, ci pentru a „empatiza şi a da un sens" vulnerabilităţilor, gândurilor şi sentimentelor, pentru a elimina ruşinea (adesea m-am centrat pe eforturile oamenilor de căutare a protecţiei „deci vezi, a gândi/a simţi în acest fel are sens şi nu este un neajuns al limbajului tău") şi a realiza aceasta în cadrul unei formulări comune între tine şi client. În plus, deşi clasificările psihiatrice separă tulburarea stresului posttraumatic de depresie, mulţi oameni cu depresii complexe au avut diverse traume emoţionale repetate şi prejudicii (de exemplu, lipsa afecţiunii şi experienţele timpurii înspăimântătoare) care trebuie luate în considerare.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Competiţie socială, intimidare, poziţie socială şi stări de înfrângere

Anterior am atins două teme care acum necesită o discuţie mai amănunţită. Primul este faptul că nu doar pierderea sau separarea şi „sentimentul de singurătate" sunt cele care structurează unele experienţe timpurii ale oamenilor, ci de asemenea faptul că ceilalţi erau mult mai puternici, foarte ameninţători şi supărători. În al doilea rând, este vorba despre sentimentul aprecierii, sentimentul că eşti dorit şi inclus mai degrabă decât acel sentiment de a fi un intrus, care structurează percepţiile din cadrul depresiei. Cu toate că unii oameni deprimaţi caută relaţii ce oferă atenţie, alţii caută relaţionările de conlucrare şi căi prin care să se simtă incluşi din punct de vedere social şi „doriţi"; sentimentul că contribuţiile (şi calităţile) lor contează pentru cei din jur. Strategia de

protest-disperare s-a dezvoltat pentru a face față absenței celor care oferă protecție. Așadar, putem întreba: „Ce tip de strategie de protecție avem pentru a face față celor puternici și amenințători atunci când aceștia sunt mai tot timpul prezenți și sâcâitori?", „Am dezvoltat tipuri diferite de «deconectări», inhibiții, strategii de protecție în aceste contexte?". În al doilea rând, ce tipuri de strategii de protecție deținem pentru a face față sentimentului de excludere sau a poziției inferioare încredințate astfel încât ceilalți să nu aibă un interes deosebit în ce ne privește? Acest fapt ne conduce la problema crucială a *relațiilor de putere*, a experiențelor legate de lipsa de vlagă și comportamentul *competitiv* (Gilbert, 1984, 1992, 2000b). Pentru a putea pătrunde în aceste strategii de protecție trebuie să fim atenți mai întâi la modul în care animalele se angajează în conflicte agresive și la modul în care fac față acestora.

Partea agresivă a competiției

Putem începe prin a ne gândi la o competiție agresivă în general. Animalele teritoriale intră în conflicte în anumite perioade cum ar fi în perioada de înmulțire sau atunci când alte animale le încalcă teritoriul. Distanțele regularizează agresiunea. Mamiferele care trăiesc în grup, nu sunt niciodată departe unele față de altele și pot astfel concura pentru resurse. Această „apropiere prin traiul de zi cu zi" înseamnă că conflictele pot apărea în orice moment. Cum se poate face față agresiunii într-un astfel de context? Majoritatea mamiferelor concurează pentru resurse astfel încât unele vor câștiga în detrimentul altora. Majoritatea competițiilor din natură nu sunt lupte până la moarte ca acelea cu gladiatori (faptul că oamenii pot împinge conflictele atât de departe este un subiect aparte). Oarecum natura a venit cu unele strategii sociale inteligente pentru a evita ca toate vietățile să se lupte până la moarte în cadrul fiecărei competiții ce se duce pentru resurse. Animalele au moduri de a se *compara social* unele cu altele și de

a-şi da seama dacă au sau nu şanse să câştige o competiţie. Cele care cred că este foarte improbabil să câştige, evită conflictele şi astfel renunţă la a mai încerca să obţină controlul asupra resurselor, fie că este vorba de căutarea unui partener sexual sau a resurselor de hrană. Dacă sunt nesigure, atunci ar putea să se angajeze în manifestări rituale şi să se lupte până când cineva cedează. Cel care a pierdut pur şi simplu fuge sau manifestă supunere, se comportă ca şi cum ar spune „ai câştigat şi recunosc că eşti mai puternic", iar aceasta constituie sfârşitul competiţiei (Gilbert, 2000b; Price, 1972; Price şi Sloman, 1987).

Rezultatul acestui comportament este acela că un animal, într-un anumit context social în care ceilalţi sunt mult mai puternici decât el şi ar face orice pentru a obţine controlul asupra resurselor îl va determina pe cel care este dominant şi mai puternic să-l ameninţe, are o problemă. Dacă rămâne încrezător şi cu tonus pozitiv şi optimist şi nu-şi schimbă abordarea şi comportamentul de tip „du-te şi ia", va avea parte de conflicte sociale serioase şi dificultăţi. Higley *et al.* (1996) a arătat că în grupurile de maimuţe, acelea care nu-şi pot regla comportamentul de tip „du-te şi ia" precum şi pe cel de provocare suferă un număr mare de răni şi prezintă o mortalitate crescută. Aşadar, uneori emoţiile pozitive care stau la baza acţiunii şi a comportamentului „du-te şi ia" şi emoţiile negative care cresc anxietatea şi precauţia socială, trebuie să fie adaptate în funcţie de contextul social. În esenţă, supusul trebuie să fie mai degrabă precaut decât încrezător şi să fie gata să exprime un comportament docil ar trebui să activeze din neatenţie dominantul să atace. Chiar şi un anumit tip de privire insistentă din partea celui supus poate activa animalul dominant să atace. În cazul oamenilor, de asemenea, dinamica puterii sociale este esenţială pentru modul în care conflictele sunt declanşate şi rezolvate, în acest caz subordonaţii fiind mult mai precauţi în manifestarea furiei şi încercând să o inhibe, iar dominanţii fiind mult mai expresivi când îşi manifestă furia (Fournier, Moskowitz şi Zuroff, 2002). Există dovezi potrivit cărora subordonaţii ce fac parte din grupuri, care sunt competitive şi care nu oferă sprijin,

au niveluri de stres mult mai mari (de exemplu, cele măsurate prin nivelul de hidrocortizon), sunt mult mai inhibați, docili și cu un comportament de tipul „du-te și ia" mai atenuat, dar și mai puțin încrezători comparativ cu cei dominanți (Sapolsky, 1989, 1994). După o amenințare, tensiunea arterială a subordonatului și răspunsul în nivelul cortizonului pot fi mult mai mari și poate dura mult mai mult până ce acestea să revină la nivelul normal decât în cazul dominanților (Sapolsky, 1989, 1994).

Așadar, subordonații au strategii înnăscute de a face față poziționării inferioare, înfrângerii și prezenței celor mai puternici și amenințători, în mediul lor. Modelul înfrângerii din cadrul depresiei se bazează pe ideile originale ale lui John Price (1972, 2000; Price, Sloman, Gardner, Gilbert și Rohde, 1994). Inițial, înfrângerea se considera că apare atunci când un animal încearcă să obțină un „grad superior", dar pierde competiția. În orice caz, acum putem privi înfrângerea ca apărând din orice atac potențial ostil, provocat sau nu, care conduce la activarea mecanismelor de apărare ale subordonatului la frica sporită și printr-o autoprotecție docilă. De fapt, dominanții pot ataca (intimida) supușii chiar și dacă nu sunt provocați deoarece această atitudine menține starea de stres (hidrocortizonul) a supusului, poate menține la nivel scăzut serotonina și dopamina ce duc la menținerea supusului într-o „stare subordonată a creierului" (și ascultător) și le atenuează dorința de a-i provoca. În plus, victoria le crește chiar și lor nivelul de serotonină și dopamină. Semnalele de supunere induse pot ajuta la relaxarea dominantului (Gilbert și McGuire, 1998). Când dominanții sunt puși în spatele unei oglinzi care le permite să-și poată vedea grupul, dar grupul să nu îl poată vedea și astfel să nu se supună amenințării lor, nivelul de serotonină scade în cazul acestor dominanți (Gilbert și McGuire, 1998). Este posibil ca oameni care nu se pot echilibra (să-și crească nivelul serotoninei și al opioidelor) prin dragoste, afecțiune și atenție, să caute alternative, moduri mult mai intimidante de a o face? Am să vă las pe voi să vă gândiți la această chestiune.

Price remarcă faptul că stările de înfrângere în cazul animalelor, dar şi a oamenilor au patternuri caracteristice. În primul rând, stările de înfrângere sunt activate ca *strategii de protecţie*: adică multe animale prezintă profile de tipul înfrângerii atunci când devin inhibate şi retrase după ce au pierdut confruntarea cu un animal ostil. Aşa cum a fost amintit mai sus, unele din strategiile noastre de siguranţă şi protecţie ne vor opri din a ne comporta în anumite moduri în care chiar acel comportament ne poate crea probleme. Aşadar, în al doilea rând, stările de înfrângere sunt regulatori externi care ne opresc să ne manifestăm în anumit mod sau să gândim şi să simţim (de exemplu, optimist şi energic) într-un anumit fel. Stările de înfrângere reajustează dorinţele animalului de pe o poziţie inferioară şi îl inhibă, făcându-l să nu mai fie hotărât, să-şi piardă încrederea şi să fie precaut cu celelalte animale. Aceste stări protejează animalul, în măsura în care acesta nu continuă să-i provoace pe cei mai puternici care vor continua pur şi simplu să-l rănească. În plus, în cazul în care dominantul vede că celălalt „nu îl provoacă şi este inhibat", este posibil să-şi piardă interesul de a-l ameninţa. În cazul oamenilor, de asemenea, odată ce ştim că oponentul este învins, ne-am putea pierde interesul în a continua să-l mai atacăm. În cazul instanţelor de judecată sau în conflictele copil-părinte, a arăta supunere şi ruşine va afecta instanţa sau părintele într-un mod diferit comparativ cu modul în care aceştia ar fi influenţaţi dacă am afişa o atitudine de provocare agresivă (Keltner şi Harker, 1998). Aşadar, o parte a funcţiei unei astfel de manifestări strategice serveşte la atenuarea conflictelor şi atacurilor din partea celorlalţi.

Aşadar, înfrângerea socială poate induce patternuri de răspuns psihobiologice ce au diverse funcţii. Termenul tehnic pentru aceasta este *strategie involuntară de înfrângere* (SII) (Sloman şi Gilbert, 2000). Înfrângerile sociale sunt acum folosite ca modele animale ale depresiei. Constatările au arătat că animalele pot prezenta schimbări majore ce au efect pe termen lung în fiziologia şi comportamentul lor ca urmare a unei înfrângeri (Gilbert, 2000b, 2006a). Odată ce SII este declanşată, aceasta va organiza răspunsurile

psihobiologice ce apar în patternurile activității creierului, comportamente, emoții și (în cazul oamenilor) în stilurile de gândire (Levitan, Hasey și Sloman, 2000, pp. 102-103). În unele studii efectuate pe animale, s-a constatat că înfrângerile produc schimbări fizice și profile de „renunțare" atât de puternice încât animalul aproape că paralizează și moare. De asemenea, este posibil ca stările de înfrângere să fie dependente de condiționări și să poată fi ușor reactivate în anumite situații.

Intimidarea

Am stabilit faptul că sub influența unei amenințări agresive din partea celor mai puternici, există o strategie automată de deconectare astfel încât, cei aflați sub influența acestei amenințări devin supuși. În cursul normal al evenimentelor, animalele supuse pot cel puțin să se țină departe de cele agresive, însă copiii nu pot – ei sunt, din toate punctele de vedere, *captivi*. Trăirea acestor relații ostile va duce în cele din urmă la perceperea celorlalți nu doar ca fiind indisponibili, ci chiar amenințători. Liotti (2000, 2002) a subliniat faptul că părinții ostili dau naștere de asemenea la conflicte serioase de tipul apropiere-evitare în cadrul sistemelor de atașament. Așa cum am văzut în capitolul 4, acestea pot duce la o dezorganizarea unor sisteme. Și, bineînțeles, știm că unele vulnerabilități care pot conduce la depresie sunt legate de experiențele abuzive timpurii.

Nu doar amenințările din cadrul relațiilor părinte-copil sunt legate de vulnerabilitatea la depresie. Abbott și Williamson (1999) au constatat că violența domestică este puternic legată de depresie în cazul femeilor. Amenințarea și respingerea exercitate de colegii de școală și de muncă reprezintă de asemenea un precursor pentru depresie. Gibbs, Abramson și Alloy (2004) au constatat de asemenea că rememorarea persecuțiilor din partea colegilor are o contribuție independentă la stilurile cognitive care sunt legate de depresie. Într-adevăr, relațiile neplăcute cu colegii, care dau naștere sentimentelor de rușine, respingere și/sau excludere, pot influența puternic sentimentul de apartenență socială al persoanei.

Mesajul-cheie este faptul că în contextul puternicei ostilităţi din partea celorlalţi, care sunt ameninţători şi agresivi, există o strategie de protecţie care activează prelucrarea ameninţării respective şi atenuează *emoţiile pozitive*. Această situaţie va fi asociată cu frica intensă faţă de cei puternici şi poate induce o puternică stare de demobilizare. Atunci când este activată strategia de protecţie, persoana poate simţi o pierdere a energiei şi o epuizare, dar şi o centrare pe inferioritatea şi lipsa lor de putere. Pentru oamenii care au amintiri emoţionale precum frica intensă faţă de ceilalţi, ca urmare a abuzurilor, aceste amintiri şi stările de frică asociate acestora, pot fi reactivate în cazul depresiei şi influenţează visele (Cukrowicz *et al.*, 2006). Aceste situaţii sunt obişnuite în depresiile care au la bază ruşinea (vezi capitolul 6). Trebuie reţinut faptul că, atunci când abuzul are loc de timpuriu sau este foarte traumatic, o persoană se poate confrunta cu reactivarea strategiilor de protecţie, dar să nu fie capabilă să le lege de amintirile incipiente sau să le prelucreze (Nijenhuis *et al.*, 2002).

Percepţiile subiective ale inferiorităţii şi ale înfrângerii

Chiar dacă se află într-un mediu ostil, supuşii nu sunt neapărat deprimaţi. Există diferenţe specifice importante în predispoziţia la stări de înfrângere severe, diferenţe care constituie un subiect de cercetare (Gilbert, 2000a). O circumstanţă ar putea fi gradul în care supuşii pot povesti şi se pot identifica unii cu ceilalţi formând în acest fel conexiuni sociale prin intermediul povestirilor, ritualurilor şi credinţelor religioase (Scott, 1990). Când eram la şcoală, eu şi alţi câţiva eram bătuţi frecvent cu bastonul şi pălmuiţi pentru ofense relativ minore de către un „institutor" (aşa cum erau ei numiţi) agresiv, dar *noi toţi* priveam aceste bătăi ca pe un semn de onoare. Bătăile sau abuzul verbal administrate unui copil sau unui partener de viaţă captivi în propriile case vor diferi foarte mult. Este vorba de sentimentul individualizat (eu singur) *de*

deconectare socială, precum înfrângerea și inferioritatea/subordonarea care sunt cele mai apropiate de depresie. În cazul oamenilor, percepția *subiectivă* a inferiorității *personale* în cazul înfrângerii este prin urmare extrem de importantă. De exemplu, Ehlers, Maercker și Boos (2000) au subliniat faptul că, în urma torturii, multe victime se pot simți înfrânte și pot să semneze mărturii false, dar, în același timp, aceleași victime ar putea să nu se simtă *inferioare în sinea lor, inferioare ca persoană sau înfrânte* în sensul că și-au pierdut libertatea sau *identitatea de sine*. Înfrângerea mentală este însă definită ca, „pierderea recunoscută a întregii autonomii, o stare de renunțare în mintea cuiva la orice efort de a reține propria identitate ca ființă umană cu voință de sine-stătătoare" (Ehlers *et al.*, 2000, p. 45). Ei au descoperit că înfrângerea mentală, în acest context, a fost asociată cu sentimente de subordonare totală, cum ar fi să te simți că ai fi un obiect pentru celălalt, să resimți o pierdere a identității de sine, a fi pregătit să faci orice dorește altcineva și să nu îți pese dacă cineva trăiește sau moare. Aceia care au trecut printr-o înfrângere mentală prezintă mai multe simptome ale sindromului cronic de stres posttraumatic (SCSPT) și în același timp, o puternică depresie. Ehlers, Maercker și Boos (2000) au indicat faptul că refuzul de a te simți inferior față de cei care te chinuiesc (de exemplu, din punct de vedere moral le este superior) poate fi de ajutor în limitarea înfrângerii mentale. Gilbert (1992, pp. 209-217) a remarcat aceste teme (de a te simți controlat de ceilalți și de a nu-ți păsa dacă cineva trăiește sau moare sau de a simți că cineva și-a pierdut propria identitate) ca fiind comune în unele depresii. În cazurile de abuz sever, copiii pot avea de asemenea experiențe de acest tip.

Buchbinder și Eisikovits (2003) au constatat că femeile resimt adesea o stare rușine și se autoînvinovățesc dacă sunt implicate într-o relație cu un bărbat puternic, ostil, iar acesta este unul dintre motivele pentru care femeile nu renunță la relațiile violente și abuzive. Andrew și Brewin (1990) au constatat de asemenea că femeile care sunt implicate în relații abuzive tind să se autoînvinovățească pentru violențe, însă, odată scăpate (și fiind în siguranță),

ele îl blamează pe cel care le-a abuzat. Sharhabani-Arzy, Amir şi Swisa (2005) au descoperit că, în contextul violenţei domestice, autocritica creşte semnificativ riscul apariţiei sindromului de stres posttraumatic şi a depresiei. Aşa cum vom vedea în capitolul 6, acestea sunt stilurile defensive caracteristice oamenilor atunci când aceştia sunt în poziţii puternic supuse faţă de cei care îi ameninţă.

Autoagresiunea şi înfrângerea. Ajutându-i pe oameni să înţeleagă cât de puternic este acest sentiment al înfrângerii, în special în contextul unui comportament oprimant şi agresiv sau în cazul în care sunt depăşiţi de sarcini, se poate face legătura cu un alt concept important – cel de *hărţuire internă*; adică propriile noastre autocritici pot acţiona ca o formă de *autointimidare* şi pot apărea atât de constant în mintea noastră încât ne putem simţi doborâţi şi înfrânţi de ele (Gilbert, 2004; Whelton şi Greenberg, 2005). Acesta va fi un subiect important în capitolele următoare. Dacă lumea pare să devină ostilă şi respingătoare, iar în interiorul nostru suntem critici şi căutăm vinovaţi, atunci în esenţă nu mai există un loc sigur unde să ne putem retrage – nu există un asemenea loc nici în interiorul nostru şi nici în exterior care să fie sigur şi relaxant. Din acest motiv, aşa cum vom vedea mai târziu, ajutându-i pe oameni să arate compasiune faţă de sine poate fi de mare ajutor – putem crea un spaţiu interior şi un loc în care aceştia pot încerca să activeze unele sisteme de relaxare internă (Gilbert şi Procter, 2006). Vom analiza mai atent aceste aspecte precum şi relaţiile acestora cu autocritica în capitolele următoare.

De remarcat, oricum, că *totul se poate schimba în cazul în care dominatorii sunt prietenoşi* şi îi sprijină pe supuşi în eforturile lor de progres. Într-adevăr, una dintre schimbările majore în comportamentul social uman este aceea că dominatorii îi pot ajuta şi sprijini pe supuşi (de exemplu, să aibă grijă de ei, să-i înveţe şi să-i antreneze). Aşadar, sistemul de relaxare poate juca un rol-cheie în grupurile sociale ierarhice (să ne reamintim că acestea răspund la semnalele afilierii sociale şi reglează stresul). Ideea e că nu a

fi supus reprezintă în sine o problemă, ci cât de amenințători sau încurajatori sunt cei mai puternici (sau sunt văzuți a fi). Dacă tot am analizat partea agresivă a conflictelor și competițiilor ierarhice, dar și mecanismele de control, putem acum să ne îndreptăm atenția spre alt aspect al mentalității competitive și legăturii acesteia cu depresia – concurența pentru o poziție socială.

Competitivitatea pentru atenție pozitivă și evitarea inferiorității și a respingerii

Nu toate predispozițiile la stările de înfrângere sunt rezultatul perceperii celorlalți ca fiind agresivi și ostili. Cu toate acestea, diverse teme legate de inferioritate și de lipsa de putere structurează totuși percepția personală. Mai există și un alt aspect legat de competitivitate care poate duce la apariția acestor sentimente? Am văzut cât de importante sunt relațiile sociale pentru a face lumea mai sigură și mai relaxantă, dar și pentru reglarea patternurilor noastre psihobiologice. În plus, acestea sunt esențiale pentru unele încercări sociale precum relațiile sexuale, educarea copiilor, dar și atribuții legate de supraviețuire. Astfel, avantajele adaptive ale diverselor relații *pozitive* se traduc prin faptul că folosirea agresiunii și amenințărilor pentru a-i domina pe ceilalți și pentru a obține ceea ce dorești, este mediată de nevoia de competiție pentru accederea pe o poziție socială prin stimularea în ceilalți a sentimentelor pozitive despre sine – de a fi atrăgător lor. Dacă putem face asta, atunci ceilalți se vor implica și vor genera împreună cu noi relații de participare și sprijin. Relațiile sociale de calitate constituie resurse puternice necesare pentru reproducere și supraviețuire și atât animalele, cât și oamenii vor concura pentru ele. Ce se va întâmpla dacă vor încerca să le câștige sau să le creeze împreună cu ceilalți, dar în final vor eșua? Poate fi declanșat IDS pentru a ajuta la adaptarea în cazul acestor tipuri de înfrângeri sociale?

Tabelul 5.1. *Strategii de obținere și menținere a statutului în rolurile sociale*

Strategie	*Agresiune*	*Putere de atracție*
Tactici folosite	Coerciție	Dă dovadă de talent
	Amenințare	Dă dovadă de competență
	Autoritarism	Afiliere
Rezultate dorite	A fi supus	A fi apreciat
	A fi luat în considerare	A fi ales
	A fi supus față de	A fi dedicat de bunăvoie
Scopul strategiei	A-i inhiba pe ceilalți	A-i inspira, atrage pe ceilalți
	A stimula frica	A stimula emoțiile pozitive

Preluat din Gilbert şi McGuire, 1998, p. 112, reprodus cu permisiunea Oxford University Press.

Dinamica competitivă pentru aceste strategii îşi are rădăcinile în faptul că oamenii pot alege cu cine se vor asocia. Te vor alege ceilalţi să le fii prieten sau iubit, să faci parte din echipă sau să fii doar un angajat? Cum îi poţi ademeni pe ceilalţi să te aleagă pe tine? Ai calităţi necesare care le-ar fi utile sau pe care aceştia să şi le dorească? Ce se întâmplă dacă ceilalţi (crezi tu) au mai multe asemenea calităţi comparativ cu tine? Agresiunea poate astfel să fie utilă dacă cineva ar putea limita alegerile pe care ceilalţi le fac şi/sau în anumite moduri să forţeze luarea fără frică a unei decizii; iar această situaţie, cu siguranţă, este destul de obişnuită în relaţiile umane. Agresiunea este riscantă totuşi, prin faptul că poate creşte şansele de conflict şi de prejudicii şi, de asemenea, şansele ca ceilalţi să renunţe sau să se retragă. Aşadar, o strategie alternativă este aceea de a-ţi afişa calităţile personale *care să-i atragă* pe ceilalţi şi care să le stimuleze modul în care abordează relaţia cu tine. Aceste două sisteme pentru angajări sociale sunt prezentate în tabelul 5.1.

Deci pentru a obţine un loc într-o reţea de relaţii de cooperare, este nevoie de aprecierea celorlalţi. Gilbert (1989, 1997) sugerează că oamenii au dezvoltat mecanisme de monitorizare a atractivităţii lor din partea celorlalţi. Acesta se numeşte *potenţial de păstrare*

a atenției sociale (PPAS). PPAS poate fi pozitiv (de exemplu, eu sunt atractiv pentru ceilalți deoarece am „aceste" trăsături/caracteristici, iar oamenii au un interes pozitiv în ce mă privește) sau negativ (de exemplu, eu nu sunt atractiv deoarece am „aceste" trăsături/caracteristici, iar oamenii sunt dezinteresați sau au păreri negative în ce mă privește). PPAS poate fi centrat pe rol; astfel poate fi ridicat în cazul unui anumit rol, dar negativ în cazul unui alt rol (de exemplu, prietenilor le place că îi ajut, dar colegii mei din mediul academic cred că munca mea este extrem de defectuoasă). Cu cât îmi doresc mai mult să concurez într-un anumit domeniu (de exemplu, să caut acceptarea academică), cu atât sunt mai vulnerabil să simt o stare de rușine, dar să mă simt și înfrânt în acel domeniu sau acea competiție. Santor și Walker (1999) au folosit această paradigmă și au constatat că noi tindem să valorificăm calitățile personale și să le legăm de stima de sine în măsura în care credem că acestea sunt calități pe care *ceilalți le vor aprecia* la noi.

Stima de sine și poziția socială

Când se vorbește despre stima de sine scăzută se vorbește de fapt despre un mecanism de *autopercepție subordonată involuntară*, iar aceasta este legată de o dinamică și o convergență a atenției competitive (Gilbert, 1992). Dacă privim mai atent, observăm că numai în anumite domenii competitive oamenii deprimați au o stimă de sine scăzută. Astfel, ei se percep pe sine ca inferiori și lipsiți de competența de a îndeplini obiectivele. Dar dacă îi întrebi de alte calități personale ce sunt centrate pe grijă sau morală, ca, de exemplu, dacă ei sunt oneşti, încearcă să fie de încredere și îi ajută pe ceilalți, atunci aceştia, de obicei, se percep pe sine într-un mod pozitiv în ce privește aceste trăsături, uneori chiar superiori celorlalți. Dacă într-adevăr ei chiar sunt sau nu, asta este o altă problemă.

Price (1972, 2000; Price *et al.*, 1994) a fost unul dintre primii care a legat stima de sine de comportamentul competitiv și a

sugerat că stima de sine scăzută poate fi legată de o strategie de subordonare. Această strategie îndreaptă atenţia către puterea celorlalţi, modifică pragul de detecţie al ameninţării sociale şi mecanismele de apărare prin supunere, dar în acelaşi timp reglează încrederea precum şi mecanismul de iniţiativă de tip „mergi şi realizează". Gilbert (1992) a sugerat că aceasta accentuează şi autocontrolul (ca, de exemplu, să nu faci anumite lucruri care să dea naştere la critici sau atacuri din partea celorlalţi) şi înlesneşte autoînvinuirea (Gilbert şi Irons, 2005).

S-a crezut adesea că starea sufletească reprezintă elementul-cheie pentru reglarea încrederii. Totuşi, Gilbert, Allan, Ball şi Bradshaw (1996) au constatat că încrederea, aprecierea abilităţii şi succesul într-o activitate inteligentă au fost legate mai mult de comparaţia socială decât de starea sufletească. Se ştie acum că poziţia socială are de asemenea un impact asupra modului în care oamenii gândesc şi se comportă, asupra emoţiilor specifice şi asupra încrederii sociale (Keltner, Gruenfeld şi Anderson, 2003). Dacă plasezi unii oameni pe o anumită funcţie, cum a fi într-o poziţie socială mai ridicată, acest fapt este asociat cu gândirea mai abstractă (Smith şi Trope, 2006). Astfel, măsura în care te percepi ca dominant sau într-o poziţie subordonată pe care nu ţi-o doreşti, afectează atenţia şi prelucrarea informaţiei.

Dintr-o altă perspectivă, Leary, Tambor, Terdal şi Downs (1995) au creat termenul *sociometru* pentru a descrie sentimentul interior al conectării sociale. Sociometrul este legat de stima de sine care la rândul ei este legată de sentimentul siguranţei în cadrul relaţiilor principale. Astfel, oamenii ce suferă de stimă de sine scăzută se crede că îşi evaluează sentimentul de conectare socială (în opinia mea, atractivitatea lor socială şi PPAS) ca fiind relativ slab sau fragil. Murray, Griffin, Rose şi Bellavia (2006) remarcă faptul că oamenii cu stimă de sine scăzută adesea cred că sunt mai puţin iubiţi de partenerii lor decât sunt în realitate. În plus, ei constată că în cuplu, pentru oamenii cu stimă de sine scăzută (dar nu pentru cei cu stimă de sine ridicată), sentimentele de iubire şi de acceptare din partea partenerilor erau mai puternice în

perioadele în care viața lor profesională mergea bine. Aceste date sugerează faptul că se află într-o dinamică competitivă, iar sentimentul oamenilor de „a fi nevoiți să-și câștige propriul loc" în loc să beneficieze de „o acceptare necondiționată", reprezintă un element-cheie. Din nefericire, dacă sentimentul de iubire și de acceptare este excesiv legat de succesele competitive, atunci această legătură poate spori vulnerabilitatea la depresie. Într-adevăr, clinic aceasta se observă destul de des. De exemplu, într-un caz recent de depresie, un mare director nu își putea imagina că familia sa ar putea să-l iubească dacă și-ar pierde serviciul sau s-ar descurca prost la serviciu. Cu toate că oamenii deprimați se pot vedea pe ei înșiși ca dispunând de unele trăsături precum bunătatea și onestitatea, aceștia pot crede (poate incorect) că ceilalți nu apreciază aceste calități – adică aceste trăsături nu îi fac dezirabili și le conferă un PPAS ridicat. Diferența dintre a te simți o persoană „drăguță" și o persoană „eficace" necesită o investigare mai atentă.

Baumeister, Tice și Hutton (1993) au sugerat că stima de sine reflectă două strategii fundamentale diferite. Nivelul ridicat al stimei de sine a fost legat de dezvoltarea socială și de căutarea de oportunități în vederea dezvoltării și a maturizării. Nivelul scăzut de stimă de sine, în orice caz, este asociat unui sentiment centrat pe amenințarea propriei persoane și de asemenea pe eforturile de limitare a pierderilor. Percepția stimei de sine poate varia în funcție de cât de capabil se simte cineva să-și urmărească obiectivele sau, în funcție de nevoia de a fi foarte axat pe limitarea pierderilor. Limitarea pierderilor este probabil legată de înclinarea spre sentimentul de rușine (vezi capitolul 6). Atunci când oamenii au o stimă de sine fragilă sau vulnerabilă, aceasta se poate datora faptului că aceștia utilizează o strategie de intensificare atunci când se simt în siguranță, dar foarte repede se pot simți amenințați atunci când aceștia schimbă strategia într-una de limitare a pierderilor (Gilbert și Irons, 2005). În plus, stima lor de sine poate fi excesiv centrată mai mult pe câștigul competitiv ale acceptării și validării din partea celorlalți decât pe dezvoltare (vezi mai jos).

Percepţiile noastre referitoare la ierarhia socială şi poziţia socială (unde se află în relaţie cu ceilalţi şi dacă ceilalţi sunt prietenoşi sau extrem de critici sau sunt persoane care aleg cu discernământ), exercită astfel efecte puternice asupra diversităţii de procese psihobiologice. Ajutându-i pe unii oameni deprimaţi să recunoască faptul că percepţiile stimei de sine scăzute ar putea fi parte a unei strategii de protecţie *involuntară* (care poate fi legată de amintirile despre unele persoane foarte puternice şi critice) şi din acest motiv ar putea simţi o teamă în încercarea de ridicare a acestui nivel, îi ajută în acelaşi timp pe aceştia să înţeleagă din ce cauză „sunt fixaţi" pe acest nivel. Nu este vorba (doar) de procesele cognitive care conduc şi menţin o stimă de sine scăzută, ci şi de percepţiile poziţiei sociale a cuiva, frica de ceilalţi şi strategiile de siguranţă.

Încercarea de a evita inferioritatea

Dacă oamenii nu se pot baza pe cei care sunt mai puternici sau pe prieteni să fie acceptaţi de către aceştia, să-i ajute şi să-i încurajeze, şi/sau se simt ei înşişi nevoiţi să impresioneze în mod constant, să le câştige celorlalţi acordul în diverse activităţi şi să-şi câştige poziţia socială, atunci viaţa este văzută ca o competiţie constantă, în care excluderile, respingerile sau căderile pot apărea în orice moment. În loc să se simtă în siguranţă într-un grup în care trebuie să coopereze, aceştia sunt mult mai centraţi pe ameninţare. Cercetările din cadrul departamentului nostru au arătat că străduania şi concurenţa necesare pentru *evitarea inferiorităţii* (care este diferită de a-şi dori să fie superior) şi frica de eşec (Gilbert, 1984) sunt legate foarte mult de depresie.

Ideea că sentimentul presiunii legat de străduania şi concurenţa necesare pentru câştigarea unei poziţii sociale şi pentru evitarea inferiorităţii, este legată de psihopatologie, nu este nouă. Alfred Adler (1870-1937) a sugerat că un astfel de efort se poate dezvolta

pentru a compensa un complex de inferioritate. Mai recent, Dykman (1998) a sugerat că în spatele realizărilor există două motivații principale, pe care el le numește căutarea-*dezvoltării*, opusă căutării--*validării*. Cei care caută dezvoltarea se bucură de provocări, dar și de abilitatea lor de a învăța și în acest fel aceștia se maturizează prin intermediul provocărilor și greșelilor. Cei care caută validarea însă, se simt sub presiunea constantă de a se remarca în fața celorlalți ca fiind atrăgători și capabili. Căutarea validării, ca mod de perfecționare a persoanei și de stabilizare a stimei de sine, este puternic legată de vulnerabilitatea la depresie. Dykman sugerează de asemenea că această căutare a validării reprezintă o strategie defensivă de rezistență care se dezvoltă în contextul unui mediu familiar critic și perfecționist. Astfel, această strategie defensivă poate fi legată de rușine și de strategiile de limitare a daunelor. Într-o serie de studii, Dunkley și colaboratorii (de exemplu, Dunkley, Zuroff și Blankstein, 2006) au explorat diverse grade ale perfecționismului și au sugerat doi factori fundamentali: primul este stabilirea și străduința pentru realizarea standardelor proprii; al doilea este efortul depus pentru evitarea criticii/respingerii celorlalți – ultimul factor a fost denumit „preocupări evaluative". Dunkley și colaboratorii (2006) au constatat că aceasta este dimensiunea preocupărilor evaluative care este legată de diverși indicatori psihopatologici, inclusiv de depresie.

Ierarhia socială, competiția și depresia

În ultimii 25 de ani, cu toate că am crezut că lipsa de apărare asumată (pierderea controlului) și modelele protest-disperare sunt modele bune pentru depresie, nu m-am gândit că acestea ar explica toate *experiențele simțite* în depresie – în special pe acelea legate de sentimentul de inferioritate și inutilitate, anxietate socială, comportament umil și sentimente vii de înfrângere. Acestea nu se adresează în totalitate problemei puterii sociale, agresiunii, sentimentelor că trebuie depuse eforturi și nici modului în care

diversele societăţi variază în măsura în care acestea accentuează comportamentul competitiv, subminează apartenenţa socială şi au o rată ridicată a depresiei precum şi a altor probleme de sănătate mentală (Arriendell *et al.*, 2003; Wilkinson, 1996). Modelele psihologice trebuie să abordeze aceste probleme (precum şi problemele echităţii sociale) şi să nu ia în considerare problemele de adaptare sau să le privească drept deficienţe personale (ceea ce este de preferat în locul celor legate de strategiile de protecţie). Aşadar, încă din anii '70, interesele cercetării mele s-au îndreptat către modul în care oamenii deprimaţi sunt atraşi în dinamici competitive (arhetipale), cum devin centraţi pe modurile competitive de gândire despre sine (de exemplu, comparaţia socială), apărările în faţa eşecurilor competitive şi cum se văd pe ei înşişi în relaţie cu ceilalţi în ce priveşte relativa lor putere şi poziţionare socială. Multe conversaţii utile avute cu John Price, cu persoanele deprimate precum şi dovezile ştiinţifice, m-au convins, de asemenea, că *puterea socială* este adesea implicată în depresie şi este esenţială comparativ cu percepţia ei.

Aşadar, propria mea cercetare s-a axat pe modul în care oamenii (în special cei proveniţi din medii nesigure) *concurează* pentru poziţia lor socială, pentru acceptarea socială şi pentru relaţiile pe care şi le doresc – pentru prieteni şi parteneri sexuali – şi pot fi sensibili la stările de eşec (pentru detalii, vezi Gilbert, 1992, 2004, 2005a, 2006). Când oamenii se simt nesiguri, ei se pot schimba cu uşurinţă într-o *concepţie şi mentalitate competitive*. În acest cadru de concepţie/mentalitate, psihobiologiile noastre, strategiile şi regulile de tipul „dacă-atunci" necesare pentru a intra în competiţie cu lumea, se organizează în diverse moduri. Oamenii se simt *impulsionaţi* să lupte şi să concureze, să se dovedească vrednici de atenţia celorlalţi şi să evite să fie inferiori şi respinşi. În acelaşi timp, îşi fac griji în ce priveşte opiniile negative ale celorlalţi despre ei. Astfel, ei se *compară* adesea cu ceilalţi, sunt îngrijoraţi că nu sunt potriviţi (nu sunt suficient de buni), îi consideră pe ceilalţi a fi mult mai capabili să se adapteze decât sunt ei şi că oamenii îi vor privi cu superioritate şi, de asemenea, îi vor privi

ca pe niște supuși și/sau că nu merită să se deranjeze în ce-i privește. Ar putea depune eforturi să se afirme, să-și apere propriul spațiu, limitele și identitatea de sine și vor lupta cu încrâncenare. Există acum o mulțime de dovezi potrivit cărora, atunci când oamenii sunt deprimați ei se simt amenințați de faptul că se compară cum ceilalți într-un mod nefavorabil și că se văd inferiori față de aceștia (Gilbert, 2004). Astfel, în ce mă privește, indiciile legate de natura depresiei, dar și de alte tulburări emoționale și comportamentale provin din studierea amenințărilor sociale și din psihologia (și psihobiologie) subordonării și inferiorității (Gilbert, 1984, 1992, 2000b; Gilbert și McGuire, 1998). De-a lungul istoriei, cei inferiori (fie aceștia învinșii, femeile, copiii sau sclavii) sunt cei care nu au avut o „voce" (dominatorii sunt cei care au vorbit pentru și despre ei), iar acum suntem în stare să le patologizăm experiențele pe măsură ce se străduiesc cât de mult pot să se protejeze (Scott, 1990). Într-adevăr, atunci când oamenii sunt supuși, controlul lor în ce privește mediul social este redus semnificativ, iar aceștia prezintă un risc ridicat pentru unele tulburări psihologice și fizice (Wilkinson, 1996). Astfel, unii oameni sunt sensibili la „eșecuri" în diverse situații care sunt legate de identitatea de sine, poziția/controlul social și apartenența socială. Dar aceasta este evoluția și ar trebui să fim atenți când folosim diverse noțiuni legate de boală (Nesse și Williams, 1995) sau „deficiențe" care pot fi umilitoare și prin ele însele să reprezinte un mod de a-i „inferioriza" pe alții (Gilbert, 1998a).

Subliniez oricum, încă o dată, că inferioritatea prin ea însăși ar putea să nu fie o problemă dacă oamenii sunt fericiți cu poziția lor socială sau dacă cred că cei care sunt mult mai capabili sau mai puternici decât ei sunt prietenoși și de nădejde. Suntem toți familiarizați cu faptul că dacă cineva mai bine informat ne ajută într-un mod constructiv să vedem unde gândirea noastră este greșită sau cum putem îmbunătăți unele lucrurile, atunci această situație poate fi utilă, încurajatoare, iar mintea noastră se deschide spre schimbare. În orice caz, dacă ceilalți pur și simplu folosesc greșelile noastre ca un instrument de a ne învinge sau de a ne

umili, atunci acest comportament este supărător, iar noi devenim defensivi. Dacă nu avem încredere că ceilalţi sunt participativi, săritori şi că nu sunt ostili, atunci le putem invidia puterea într-un mod distructiv (Gilbert, 1992). Invidia este o emoţie provenită din competiţia socială şi poate fi o problemă pentru anumite persoane deprimate (vezi capitolul 14). Aşadar, inferioritatea *involuntară* este esenţială atunci când aceasta creşte riscul de respingere şi dezaprobarea sau blochează obiectivele noastre sociale. Oamenii adesea nu se străduiesc să devină superiori altora (aşa cum unii fac), ci să evite inferioritatea şi să cadă de pe nivelul relaţiilor de încredere, compătimitoare şi cel al speranţelor de „a fi ales şi inclus".

Dacă unele depresii sunt legate de comportamente competitive (o mentalitate competitivă; Gilbert, 1989, 1992, 2005b) şi de declanşarea unei *strategii de apărare involuntare însoţită de modelele sale de răspuns psihobiologice*, atunci ne putem aştepta să vedem oameni deprimaţi simţindu-se învinşi şi doborâţi, simţindu-se inferiori altora, văzându-i pe alţii ca dezaprobatori în loc să-i perceapă ca susţinători, crezând că ceilalţi îi privesc cu superioritate (privindu-i ca pe nişte supuşi), comportându-se umil în conflicte, dând dovadă de o slăbire a speranţei şi încrederii, aflându-se într-o stare ridicată de stres, confruntându-se cu o pierdere a energiei atunci când încearcă să realizeze diverse lucruri şi angajându-se în comportamente de evitare şi de fugă. Sună familiar? Într-adevăr, fiecare aspect este corelat în mod pozitiv cu depresia (pentru o trecere în revistă, vezi Gilbert, 2004).

În cadrul cercetării noastre, am constatat că sentimentul de înfrângere este o probă psihologică cu putere de anticipare mai puternică decât deznădejdea (Gilbert şi Allan, 1998). Gilbert, Allan, Brough, Melley şi Miles (2002) au găsit de asemenea că sentimentul de înfrângere a fost foarte mult asociat cu lipsa plăcerii (anhedonismul) – pierderea afectelor legate de o energie pozitivă. Depresia este în mod obişnuit asociată cu sentimentul că suntem învinşi în privinţa obligaţiilor sociale, scopurilor şi încercărilor vieţii. Într-un important studiu efectuat asupra gemenilor, Kendler şi colaboratorii (2003) au constatat faptul că evenimentele din

viață care au implicat dimensiuni ale ruşinii sub forma pierderii stării şi poziției sociale (eşecuri sociale) constituiau predictori importanți ai declanşării unei depresii majore. Brown şi colaboratorii (1995) au arătat de asemenea că situațiile „umilitoare" din viață sunt legate în mod principal de depresie şi chiar mai mult decât evenimentele soldate cu pierderi. Aşa cum aminteam mai sus, stările de înfrângere pot distruge sistemele de căutare şi acționare; de exemplu, înfrângerile afectează sistemul de secreție ale serotoninei şi dopaminei şi pot avea efecte pe termen lung asupra stărilor psihobiologice. Înfrângerea afectează de asemenea sistemele care au un rol sedativ şi de relaxare (Gilbert, 2004, 2006a).

Când oamenii se simt copleşiți, ei vor exprima această stare spunând că se simt înfrânți sau că „lucrurile m-au *copleşit*" sau se simt „înghesuiți/striviți". Folosirea acestui tip de limbaj indică într-un fel sentimentul „presiunii", al trăirii unui eşec, în timp ce descrierile care se referă la sentimente ca acela de a fi fără şansă de succes, om de nimic, inferior, necorespunzător sau inutil indică natura socială şi ierarhică a gândirii şi a sentimentelor lor. Astfel, înțelegerea sistemelor ce pot fi activate în stările de înfrângere este importantă deoarece aceasta nuanțează modul în care oamenii trăiesc şi vorbesc despre depresie – cel puțin în culturile apusene care sunt competitive şi centrate pe efortul individual, pe controlul personal şi pe realizări. Capacitatea de a recunoaşte că unele dintre aceste sentimente pot fi percepute din cauză că au fost declanşate unele strategii defensive extrem de importante poate fi utilă şi poate acționa ca o punte pentru sentimentele emoționale intense şi depresie. Dacă le privim ca parțial legate de sistemele înnăscute (din acest motiv multe persoane deprimate gândesc şi simt în acelaşi fel) putem ajuta o persoană să-şi depersonalizeze trăirile, să se îndepărteze de ele, să dezvolte o formă de apartenență socială prin împărtăşirea umanității şi a suferințelor (Neff, 2003a), să devină atentă şi să spună „deci aşa ceva mă ispiteşte să gândesc strategia mea defensivă" – aşa cum se întâmplă în cazul altor persoane deprimate. Când discutăm cu clienții aspectele evolutive, căutăm să înțelegem sentimentele prin care aceştia trec şi în acelaşi

timp să înţeleagă că nu este vina lor că aceste sentimente există. De asemenea, căutăm să-i ajutăm să recunoască faptul că depresia este din păcate o experienţă comună şi că atunci când suntem deprimaţi, gândurile şi sentimentele noastre sunt asemănătoare în întreaga lume. Cineva se poate simţi singur sau „singurul" deoarece tocmai despre aceasta este vorba atunci când discutăm despre o strategie de protecţie. În orice caz, aşa ceva nu este adevărat deoarece astfel de percepţii ale depresiei sunt obişnuite. O astfel de înţelegere a depresiei, însoţită de înţelegerea comportamentelor şi a gândurilor care accentuează depresia şi o fac dificilă de tratat, vine în ajutorul persoanei în încercarea acesteia de a se ridica până într-acolo încât să fie capabilă să-şi asume responsabilitatea de a încerca să lupte împotriva depresiei.

Interacţiuni ale pierderii sociale şi înfrângerii

Strategiile protest-disperare şi strategiile de răspuns la înfrângere acţionează prin cele trei sisteme afective menţionate în capitolul 2, generând *patternuri complexe* şi variate pentru activitatea creierului (Sloman, 2000; Sloman, Gilbert şi Hasey, 2003). Într-o metaanaliză importantă a stresului secundar în cazul maimuţelor, Abbott, Keverne, Bercovitch şi colaboratorii (2003) au constatat că nivelurile de hidrocortizon în cazul maimuţelor supuse au fost prezise prin două variabile-cheie: prima, ratele de conflicte şi de cauze generatoare de stres percepute şi, în al doilea rând, şansele supuşilor de a realiza înrudiri prin afiliere şi interacţiuni de sprijin reciproc. Acest fapt este intrigant deoarece interacţiunile afiliative pot stimula sistemele bazate pe oxitocină-opioide, iar acestea pot inhiba hidrocortizonul şi pot diminua stresul (Carter, 1998; Heinrich *et al.*, 2003). Astfel, rolul relaţiilor afiliative în oferirea sprijinului necesar pentru a putea face faţă conflictelor şi eşecurilor pare clar. Aceasta se întâmplă atunci când ne simţim respinşi *şi singuri*, iar înfrângerile pot avea influenţe serioase asupra sistemelor noastre

de răspuns la emoţiile pozitive şi la ameninţări. Chiar şi un eveniment neprevăzut, cum ar fi înfruntarea morţii, nu conduce inevitabil la depresie, mai ales în contextul în care ne simţim iubiţi şi protejaţi, sentimente ce se pot lega de credinţele spirituale ca surse de confort şi care acţionează ca un tampon împotriva depresiei (Aldridge, 2000). Toate acestea sunt în acord cu o mare parte a literaturii ştiinţifice care prezintă valoarea sprijinului social, atât ca tampon în cazul depresiei, cât şi ca ajutor pentru recuperare (Brugha, 1995; Gilbert, 1995b). Astfel, abilităţile oamenilor de a fi capabili să ceară ajutor, să răspundă la ajutor şi să se ajute pe sine pe plan interior şi să fie atenţi reprezintă procese extrem de importante ce reglează sistemele afective. Interacţiunea dintre căutarea conectivităţii, controlul resurselor sociale şi înfrângere sunt explicate într-un număr de teme-cheie din cadrul depresiei care de multe ori preced depresia.

Interacţiunea dintre strategiile afiliative şi cele concurenţiale poate, de asemenea, să fie privită şi din punct de vedere evolutiv (Gilbert, 2002, 2005a). Analizând lucrările de pionierat ale teoreticienilor şi cercetătorilor ataşamentului, putem avansa ipoteza că minorii percep o lume socială în care ceilalţi creează starea de siguranţă şi stimulează căldura sau eşuează în a face toate acestea. Când părinţii nu sunt capabili să creeze un mediu sigur sau sunt ei înşişi ameninţători pentru copil, mecanismele de apărare ale copilului (furia/combativitatea, anxietatea/fuga, supunerea/calmarea şi ataşamentul anxios) sunt adesea activate (Perry *et al.*, 1995). Lumea devine un loc periculos. *Mentalităţile sociale* cele mai potrivite să facă faţă pericolului sunt cele care permit copilului să ţină cont de puterea celorlalţi, de răutatea sau neglijenţa/abandonarea venite din partea acestora. Dacă ceilalţi sunt mult mai puternici decât tine şi nu prezintă încredere, sunt potenţial ostili sau trebuie să fie impresionaţi pentru a te remarca, atunci există diverse strategii *competitive şi centrate pe ierarhie* ce pot fi utilizate (Gilbert, 2002, 2005a).

Vârful ierarhiei şi strategiile autocratice

Acestea se referă la a fi centrat pe sine, rapid în identificarea ameninţărilor din partea celorlalţi şi (uneori) a folosi tactici agresive pentru a-i face pe ceilalţi să se teamă de tine. Aceşti indivizi pot fi extrem de competitivi, autocratici şi se pot descurca bine în societăţile competitive. Ei par să-şi reprime obiectivele biosociale şi mentalităţile sociale care caută siguranţa prin încercarea de a crea medii afiliative şi relaţii de sprijin reciproc, în mare parte se pare că tocmai din cauză că nu au încredere în acestea, nu le consideră importante sau nu se simt relaxaţi prin intermediul lor. Ei se pot concentra pe sistemele proprii de impulsionare/realizare dacă vor să aibă parte de sentimente pozitive – să fie încrezători în sine, puternici, independenţi, având un avantaj competitiv. Pot fi perfecţionişti şi să se teamă de critici care le-ar putea submina sentimentul de control şi poziţia. Pot fi extrem de autocritici (vezi capitolul 6). Pe drumul către acestea, pot fi conştienţi de statutul/poziţia lor, să încerce să-i impresioneze pe cei de pe poziţiile superioare şi să-şi scoată colegii din competiţie pentru a fi ei confirmaţi, validaţi şi pentru a avea parte de o atenţie specială. Unii pot fi extrem de docili faţă de cei ce din punct de vedere ierarhic se află deasupra lor, dar în schimb să fie aspri şi exigenţi cu cei situaţi mai jos decât ei (Keltner *et al.*, 2003). Vonk (1998) i-a numit pe aceştia „lingăi pentru superiori şi brutali cu inferiorii". Dacă aceştia devin deprimaţi, pot prefera să-şi administreze singuri medicamente sau să folosească terapii care să nu aibă legătură cu starea lor, cum ar fi drogurile, sau să fie vulnerabili la suicid. Pentru aceştia dorinţa de afecţiune şi protecţie sau posibilităţile de a deveni dependenţi pot fi înfricoşătoare.

Strategiile ierarhiei inferioare

Unii oamenii îi privesc pe ceilalţi ca fiind mult mai puternici decât ei, dar speră că *pot* forma relaţii de afiliere cu aceştia pentru a fi protejaţi, relaxaţi şi a avea acces la resurse. Aceste caractere sunt

orientate din punct de vedere social să fie docile, să se folosească de comportamente împăciuitoare şi au diverse stări de anxietate socială sau de separare. Pentru aceştia autoafirmarea, gestionarea conflictelor, furia sau propria independenţă pot fi problematice.

Aceste strategii nu se exclud reciproc şi au fost descrise în numeroase alte moduri (de exemplu, în termenii strategiilor de ataşament, vezi Sloman, 2000; Liotti, 2000; şi vezi şi capitolul 6). Wolfe, Lennox şi Cutler (1986) au analizat dinamica complexă şi conflictele obiectivelor sociale în relaţiile care apar între „a progresa" faţă de alţii şi „a reuşi" comparativ cu ei. Este cunoscut faptul că în unele culturi, împărtăşirea şi nepromovarea propriei persoane reprezintă cheia integrării sociale, iar autopromovarea este ruşinoasă – în opoziţie completă cu societăţile competitive (Arrindell *et al.*, 2003). În orice caz, tema ce a fost aici prezentată este aceea că strategiile adoptate faţă de ierarhiile superioare şi cele faţă de ierarhiile inferioare reflectă sensibilităţi ridicate faţă de relaţiile ierarhice şi de rang, iar într-un mod diferit prezintă preocupări competitive înalte. Ceea ce le leagă este frica de ruşine şi de devalorizare – subiectul următorului capitol. Indiferent de strategiile de securitate pe care cineva le foloseşte, numitorul comun este acela că dacă acestea nu funcţionează vor reactiva motive fundamentale de insecuritate şi vor aduce automat în prim-plan strategiile de protecţie care anihilează afectele pozitive şi dau naştere emoţiilor negative.

Puterea imaginară a celorlalți

Aşa cum am amintit mai sus, oamenii s-au dezvoltat în grupuri ierarhice fiindu-le frică de cei mai puternici (în special de mascul). Aceasta apare clar într-o multitudine de experienţe arhetipale în cadrul depresiei, în particular în societăţile în care predomină religiile monoteiste. În aceste societăţi, Dumnezeu este în mod normal văzut ca un mascul dominant ce poate acţiona ca un tată iubitor

sau ca un judecător ce poate pedepsi sau elimina în caz de nesupunere. Aşa cum sublinia Porter (2002), mulţi oameni deprimaţi din secolele care au trecut şi chiar şi în prezent au fost tulburaţi de ideea că au păcătuit şi că acum „nu mai au nici o valoare în ochii lui Dumnezeu". Într-adevăr, Cartea Facerii este o poveste a alungării din rai ca urmare a comiterii unei ofense şi a căderii în păcat. Oamenii deprimaţi uneori pot să discute despre experienţa depresiei ca despre un sentiment al „alungării"; ei se văd pe sine ca pe nişte intruşi şi se simt lipsiţi de valoare. Oamenii religioşi deprimaţi pot simţi că Dumnezeu i-a abandonat, s-a întors împotriva lor, că este dezamăgit sau supărat pe ei. În schimb, cei care îl percep pe Dumnezeu ca iubitor, bun sau iertător pot fi mult mai puţin vulnerabili la depresie (Aldridge, 2000; Cacioppo *et al.*, 2005). Este chiar foarte posibil ca aceste experienţe să reflecte schema fundamentală de relaţionare sine-celălalt. S-ar părea că dacă există povestiri culturale despre zei/dumnezei şi relaţia noastră cu ei, atunci acestea pot constitui materialul experienţei depresiei. Ele alimentează modul în care dăm sens sentimentelor (arhetipale) de singurătate, deconectare şi subordonare sau de a ne afla sub supravegherea unui conducător potenţial ostil care îşi pedepseşte subordonaţii pentru nesupunere în anumite privinţe. Depresia umană este aşadar puternic legată de modul în care noi credem că ne percep ceilalţi (vezi capitolul 6). În psihoterapie, aceste percepţii arhetipale nu vor fi neobişnuite, mai ales în depresiile mai severe.

Curajul în faţa sorţii

Curajul în faţa sorţii este un proces important ce ne ajută să înţelegem din ce cauză evenimentele vieţii şi problemele inerente nu îi determină pe unii oameni să intre într-o stare de depresie (Masten, 2001) sau ne ajută să înţelegem din ce cauză oamenii se recuperează destul de repede în urma loviturilor vieţii (Diener, Lucas şi Scollon, 2006). Cu toate că există multe aspecte ale

curajului în fața sorții, cum ar fi dezvoltarea atașamentelor sigure, cu reprezentări pozitive de tipul sine-celălalt, sisteme de sprijin social curente, moduri de gândire utile și abilități de tipul problemă-rezolvare, totuși unul din aspecte se referă la faptul că oamenii încrezători simt că sunt în relație cu ceilalți și integrați în grupuri (Cacioppo *et al.*, 2005). În cazul lor este mai puțin probabil să se fi dezvoltat concentrându-se pe chestiuni legate de ierarhie și putere și mult mai probabil să aibă o imagine relativ pozitivă a felului în care sunt percepuți de ceilalți. Astfel, în cazul acestora este, de asemenea, mai puțin probabil să facă apel la mentalitatea competitivă (care forțează gândirea și sentimentele să funcționeze în anumite moduri) atunci când lucrurile merg rău. O lovitură a vieții reprezintă doar un pas înapoi și nu reprezintă o dovadă a pierderii unui anumit statut, a inferiorității, a vulnerabilității față de rușine sau respingere, cu alte cuvinte o pierdere a controlului asupra relațiilor sociale. O persoană înclinată spre depresie alunecă însă cu ușurință spre stări în care se percepe pe sine ca pe un eșec, inferior, privit cu superioritate de ceilalți și înfrânt, cu alte cuvinte simte efectele strategiei de protecție la înfrângere.

Privind-o din acest punct de vedere, în termeni de strategii de protecție și fenotipuri, putem să înlăturăm „depresia ca deficit", ceea ce poate fi rușinos. Dacă oamenii au anumite predispoziții genetice din cauză că evoluția a transmis aceste gene indivizilor și/sau dacă oamenii s-au dezvoltat în familii abuzive sau neglijente, atunci creierul lor este astfel organizat încât aceștia să poată face față mediilor amenințătoare. Acestea nu sunt lipsuri (genotipice și fenotipice), ci adaptări. Astfel, în terapiile noastre îi ajutăm pe oameni să se adapteze în diverse moduri, poate chiar încercând să schimbe fenotipurile. Le putem astfel vorbi oamenilor mai degrabă de diverse tipuri de adaptare în loc să le vorbim în termeni de neadaptare, de erori în gândire, sau lipsuri în mecanismele de tipul problemă-rezolvare. Aceasta va influența orientarea noastră către terapie, va afecta de asemenea limbajul, conceptele noastre, dar și modurile de interacționare.

Concluzie

Acest capitol a explicat faptul că, de-a lungul a milioane de ani de evoluţie a mamiferelor, „creierul" a evoluat, căutând anumite tipuri de relaţii (de exemplu, grijă şi susţinere) şi încercând în diverse moduri să concureze pentru o poziţie socială. Eşecurile în aceste eforturi pot constitui ameninţări majore, iar noi am dezvoltat o serie de strategii de protecţie pentru a face faţă unor astfel de ameninţări sociale. Atât importanţa încercărilor de a controla ameninţările sociale, cât şi sensibilitatea şi uşurinţa cu care facem apel la strategiile de protecţie pot fi legate de adaptarea timpurie, precum şi de necazurile avute în copilărie. Depresia poate fi privită ca o activare a unor tipuri particulare de strategii de protecţie care implică anihilarea emoţiilor pozitive şi intrarea într-o stare extrem de sensibilă la, şi centrată pe, ameninţări mai mult decât pe recompense. Pe măsură ce se activează sistemele de răspuns la ameninţare şi sistemele emoţionale pozitive se anulează, atenţia se diminuează, iar gândirea şi sentimentele urmează căi negative. Ajutându-i pe oameni să vadă depresia ca datorându-se activării strategiilor primitive de protecţie de diverse tipuri, poate ajuta ca aceste sentimente să nu mai fie privite ca dezonorante. Simţim ceea ce simţim în parte deoarece funcţionăm pe baza unor programe genetice (arhetipuri) înnăscute. Aceasta nu se deosebeşte cu nimic de perioadele în care ne „simţim anxioşi" – în acele momente activăm în creier sistemele de gestiune a anxietăţii (Beck *et al.*, 1985).

Deci, cu alte cuvinte, *percepţiile interioare* ale depresiei sunt modelate pe de o parte prin activarea strategiilor de protecţie, pe de altă parte prin amintirile emoţionale şi experienţele personale trăite care reprezintă un cod al convingerilor noastre, dar mai sunt modelate şi prin evenimentele actuale. Sentimentele de singurătate emoţională sunt reflexii ale activării strategiilor de protest-disperare din creierul nostru, în timp ce sentimentele de inferioritate, dezonoare, înfrângere şi decuplare sunt legate de strategiile de

protecție care la început au evoluat pentru a face față înfrângerilor competitive și stării de a fi un supus amenințat. Strategiile de protecție, întipărite adânc în creier, pot „ghida" gândirea și sentimentele să urmeze anumite căi. Dacă ne simțim învinși și avem spulberate toate speranțele (ceea ce tocmai strategiile de apărare fac) înseamnă că ne aflăm într-un loc întunecat și înspăimântător. Ajutându-i pe oamenii deprimați să înțeleagă ce anume le-ar putea colora trăirile interioare (adică, altfel spus, arhetipurile), poate fi util în depersonalizarea acestor trăiri. Putem avea sentimentul că împărtășim aceste trăiri cu milioane de alte persoane în virtutea umanității noastre comune și împărtășite, dar și datorită procesului evoluției. Toate acestea pot fi de ajutor în stabilirea obiectivului terapiei necesar pentru tratarea depresiei în relația acesteia cu „amenințarea" și pentru „decuplarea sau diminuarea acestor sisteme de autoprotecție". Gradul în care codul genetic contribuie la severitatea și ușurința activării acestor stări „decuplate" este neclar, dar nu codul genetic este răspunzător de codarea depresiei ca atare, ci strategiile de protecție. Înțelegerea acestor procese oferă platforma de cercetare care studiază motivele pentru care terapia centrată pe compasiune poate fi utilă în cazul unor oameni deprimați – subiectul capitolului 11.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 6

Gândirea, conştiinţa de sine, obiectivele sociale şi rolul ruşinii în cadrul depresiei

Imaginaţia

Oamenii sunt diferiţi de alte mamifere în nenumărate moduri. Chiar dacă cimpanzeii au în comun aproape 99% dintre genele noastre, au multe obiective sociale în comun cu noi (a nu suferi şi a forma ataşamente, prietenii şi relaţii sexuale) şi pot suferi de anxietate şi depresie, ei totuşi nu sunt 99% umani. Noi suntem diferiţi de ei în cele mai profunde moduri în virtutea abilităţilor noastre de a utiliza limbajul şi simbolurile, dar şi prin abilităţile gândirii, raţiunii şi imaginaţiei (secţiunile 3 şi 4 din capitolul 2). Odată cu aceste abilităţi a apărut un tip special de conştiinţă de sine cu privire la lumea în care trăim şi la modul în care existăm în această lume. Aceste competenţe dau naştere unei conştiinţe de a fi „un sine" şi creează „o identitate de sine". Întrebarea care se pune este: „Cum influenţează aceste abilităţi strategiile noastre de protecţie fundamentale?".

Din aceste calităţi ale minţii am evoluat într-o specie care trăieşte în două lumi: lumea „aşa cum este" şi lumea „ca imaginată" (Singer, 2006). Cimpanzeii pot simţi durerea pierderii cuiva drag sau suferinţa înfrângerii, dar ei probabil că nu-şi pot imagina cum se vor simţi dacă astfel de lucruri s-ar întâmpla sau ce le va rezerva viitorul. Ei pot rezolva probleme şi pot fi capabili chiar să folosească simboluri într-o anumită măsură, în schimb

sunt captivi într-o „lume aşa cum este". Imaginaţia omului, cu noile noastre forme de conştiinţă şi abilităţi de raţionare, înseamnă în orice caz nu doar că percepem emoţiile prin intermediul succesului sau, altfel spus, al obiectivelor noastre, ci şi prin imaginaţia noastră. Wells (2000, p. 30) se exprimă în felul următor, remarcând beneficiile evoluţioniste ale dezvoltării unei capacităţi de anticipare şi de adaptare la ameninţări:

> În termeni de adaptare şi evoluţie, existenţa unui mecanism cognitiv de înlesnire a adoptării planurilor de tratare a ameninţărilor, fără a fi necesar să le înfrunte în mod repetat, va oferi individului un avantaj necesar supravieţuirii. Reprezentările imaginare ne oferă o „lume virtuală" pentru programarea cunoştinţelor procedurale, care previne pericolele unei practici comportamentale active pe perioada expunerii la pericolul real.

Imaginaţia este aşadar un tip de simulator intern, un sistem încorporat generator de realităţi virtuale. Aşa cum a subliniat Wells, imaginaţia este adesea dinamică şi putem schimba ceea ce se întâmplă în cadrul ei; imaginează-ţi „ce s-ar întâmpla dacă...". Avem posibilitatea de a genera o mulţime de simulări diferite. Putem face cele mai elaborate planuri în imaginaţia noastră, corelând comportamentele noastre cu rezultatele. Uneori acestea rămân doar la stadiul de simple fantezii în legătură cu care nutrim o mică speranţă că se vor transforma în realitate; alteori acestea sunt puse în acţiune. În imaginaţia noastră putem anticipa partea amuzantă a unei vacanţe, admiraţia şi schimbarea vieţii în cazul îndeplinirii unui obiectiv (de exemplu, promovarea unui examen), precum şi pierderea unor oportunităţi în cazul unui eşec. Ne folosim propria imaginaţie pentru stimularea voită a patternurilor psihobiologice (de exemplu, o fantezie sexuală) şi putem savura astfel de plăceri în intimitate. Imaginaţiile întunecate, cu toate acestea, pot stimula patternurile psihobiologice ale unor emoţii foarte neplăcute. Există un flux bidirecţional între imaginaţie şi excitare emoţională. Stimulează o emoţie şi imaginaţia ar putea-o urma; accentuează o emoţie, iar imaginaţiile se vor umple de

teme caracteristice acelei emoţii. Deoarece trăim în două lumi diferite, „lumea aşa cum este" şi „lumea aşa cum este imaginată", imaginaţia noastră poate fi o sursă de bucurie sau una de frică şi de disperare. În ciuda acestei simplificări dure, abordările de tipul celei comportamentale şi conştiente ne ajută să ne angajăm într-o lume „aşa cum este", în timp ce abordările cognitive şi cele centrate pe emoţie se concentrează pe lumea imaginată şi pe reprezentările noastre interioare. Deoarece în capitolele următoare vom explora o diversitate a acestor intervenţii, trebuie să explorăm unele dintre aceste aspecte mai în detaliu.

Abilităţile de a ne imagina (literal însemnând imagine/imaginare a lumii) ne dau posibilitatea de a fi creativi. Dacă prelucrăm o bucată de cremene, atunci putem să o şlefuim transformând-o într-un vârf de suliţă sau să ne imaginăm şi să construim o nouă anexă la casă. Imaginaţia ne dă posibilitatea să scriem cărţi şi să facem filme cu personaje complexe, poveşti şi intrigi. Aceasta este o abilitate importantă pentru rezolvarea problemelor şi planificarea modului în care ne securizăm obiectivele. Imaginaţia noastră reprezintă de asemenea un loc al întrebărilor. Putem privi stelele şi să ne întrebăm ce sunt acestea. Dacă moare cineva iubit, ne imaginăm ce s-ar putea întâmpla cu acel cineva: există un alt loc în care ar putea exista? Este vreo şansă să-l mai văd vreodată? Religia ar fi imposibilă fără această imaginaţie pe baza căreia am creat lumi imaginare care transcend experienţa noastră directă (Bering, 2002). Deoarece putem genera reprezentări interioare ale lumii, putem construi teorii despre cauze (aceasta s-a întâmplat deoarece...) şi să facem predicţii (dacă X, atunci se va întâmpla Y, dacă fac A, atunci se va întâmpla B). Deoarece avem posibilitatea de a reprezenta interior lumea, putem păstra în minte un model al lumii şi să ne „jucăm" cu modelele noastre. Din acestea putem obţine *competenţe*, *aşteptări* şi *sensuri*. Ne putem gândi la *cauzele* sentimentelor. De exemplu, dacă devin agitat în timpul unei prelegeri, aş putea gândi că „această stare este perfect normală în astfel de situaţii şi mă voi linişti" sau aş putea crede că „sunt mult prea agitat; sunt neliniştit *deoarece* e ceva în neregulă cu mine".

Pot de asemenea să mă gândesc la *implicațiile* anxietății mele: „dacă sunt agitat, ceilalți vor fi prietenoși și înțelegători – sau mă vor respinge". Aș putea de asemenea să mă gândesc la cel mai bun lucru pe care să-l fac pentru a face față. Terapeuții cognitivi (Beck *et al.*, 1979, 1985) s-au concentrat pe aceste forme de gândire, care se mai numesc și metacogniții (Wells, 2000).

Toate acestea formează fundamentul a ceea ce putem numi *convingerile* și *supozițiile* referitoare la lume și la locul nostru în lume. Cu toate că ne putem folosi imaginația în diverse moduri, totuși principala ei funcție provine din faptul că ne ajută să realizăm obiectivele importante ale evoluției pentru supraviețuire și relaționare socială. Multe dintre lucrurile pe care le găsim a fi pline de înțeles sunt într-adevăr pline de înțeles deoarece se referă tocmai la aceste obiective. Cu toate că unii filosofi și terapeuți privesc sensul și crearea sensului ca elemente-cheie pentru mintea umană (Malik, 2000), nu ar trebui să pierdem din vedere nici bazele relaționării și ale conectării sociale ca fiind unele dintre sursele noastre fundamentale generatoare de sens. Ne-am dezvoltat abilitățile de imaginare și gândire deoarece acestea ne-au oferit o flexibilitate extraordinară în modul în care conducem, plănuim și analizăm realizarea diverselor obiective sociale și evităm pericolele și amenințările.

Problema cu imaginația este că, deși ne poate inspira și ne poate furniza modalități de rezolvare a problemelor și de planificare, putem în același timp să fim aruncați cu ușurință în disperare de aceeași imaginație. Lumea interioară a persoanei deprimate este ocupată de o pierdere a controlului în ce privește conectarea socială și în interiorul căreia ei nu-și pot imagina schimbarea. Fie că se datorează evenimentelor actuale ale vieții, reșlefuirii amintirilor emoționale dureroase sau epuizării și consumului, imaginațiile noastre pot fi preluate de înfrângere și de strategiile de protecție. Ne regăsim ca fiind alcătuiți din sentimente neplăcute care freamătă prin trupurile noastre, iar atenția noastră intră în acord cu acestea, dar și cu cele negative. La nivel subiectiv, pierdem contactul cu simțul sensului, al scopului și al speranței. Doar dacă imaginația

noastră nu ar fi fost atât de puternică poate că nu ne-am fi blocat în acest punct; adică blocaţi acolo unde imaginaţiile şi gândurile noastre stimulează sentimentele, iar acestea la rândul lor întreţin gândurile şi imaginaţia (Beck *et al.*, 1979; Beck *et al.*, 1985). Aşadar, terapeutul încearcă să intre în contact cu această lumea interioară a persoanei deprimate şi să aducă la suprafaţă posibilitatea unei noi implicări; să aducă la suprafaţă posibilitatea de a învăţa să gândească, să simtă şi să se comporte în diverse moduri, să-şi imagineze „cum ar putea fi dacă...". Rolul nostru ca psihoterapeuţi este acela de a intra în lumea interioară a pacientului, lume aflată sub influenţa unei protecţii de decuplare şi să-i convingem cu blândeţe să încerce să exploreze lumi alternative; să îi ajutăm să vadă că depresia lor este legată de activarea strategiilor de protecţie care îşi au originea în trecutul nostru personal şi evoluat; să încuviinţeze activitatea de testare a propriilor imaginaţii şi convingeri (de exemplu, credinţa că, „indiferent ce aş face, nu poate fi bine") şi să le tratăm depresia mai degrabă cu înţelegere şi compasiune decât cu ostilitate şi eschivare.

Metacogniţiile şi identităţile de sine

Obiectivele identităţii de sine

Există o bogată literatură, aflată în continuă dezvoltare, în privinţa identităţii de sine care trebuie încă integrată în terapiile cognitive. Totuşi, nu ne putem concentra în acest capitol decât pe anumite teme-cheie, însă lecturi suplimentare pot fi găsite în Leary şi Tangney (2003).

Aşa cum convingerile fundamentale şi modurile în care ne imaginăm lumea sunt esenţiale pentru reacţiile noastre emoţionale faţă de diverse lucruri, acelaşi lucru se poate spune şi despre obiectivele noastre. De exemplu, aş putea alege să nu iau în seamă sentimentele mele primare pentru a putea realiza anumite obiective. Nu o voi lua la fugă atunci când va interveni anxietatea în cazul

unei prelegeri, *deoarece* vreau să învăț să fac față anxietății, *deoarece* vreau să fiu capabil să ofer prelegeri. Vreau să ofer prelegeri *deoarece* vreau să-mi împărtășesc ideile. Vreau să-mi împărtășesc ideile *deoarece* vreau să fac parte dintr-un anumit grup, să dezvolt prietenii și alianțe și să aduc o contribuție utilă și de valoare. Cu cât sentimentele noastre de apartenență și de apreciere depind mai mult de o acțiune bine realizată, cu atât mai mult am putea deveni anxioși. Sau să considerăm situația în care ar putea să-ți fie foarte foame, dar nu iei act de această senzație deoarece vrei să-ți păstrezi silueta (să fii atrăgător, sau să te însănătoșești, sau să-ți dovedești că îți poți controla impulsurile – am unele speranțe în ce mă privește!). Nu reacționezi la furie deoarece nu vrei să rănești persoana care ți-a declanșat furia. Cu toate că ai putea să preferi un anumit student, nu dai totuși curs acestui sentiment, deoarece asta ar putea să-și supere soțul(ia)/partenerul și ar încălca un obiectiv al identității de sine, acela de a „nu abuza de alții". Există astfel o fațetă a sinelui care reacționează rapid la diverse lucruri sau resimte un impuls al motivației și o altă fațetă a sinelui care caută să regleze acele sentimente și tendințe de acțiune pentru a se potrivi mai multor obiective fundamentale și unei identități de sine. Freud a vorbit despre aceste aspecte în termeni de procese de gândire primar (bazat pe identitate, sursă de dorințe, impulsuri și fantezii) și secundar (principiul realității). În zilele noastre, în orice caz, se discută în termeni de motivații și sisteme emoționale, de formare a identității de sine și în termeni de autoreglare (Mahoney, 2003). Obiectivele identității de sine – cum îmi doresc să mă plasez în raport cu ceilalți, „genul de persoană care îmi doresc să fiu" – devin astfel factori esențiali de reglare a emoțiilor și motivele lor. După cum vom vedea în scurt timp, aceste obiective ale identității de sine pot juca un rol crucial în anumite depresii. Chiar dacă, după cum vom vedea în capitolele următoare, ajutarea oamenilor să gândească, să se comporte și să-și imagineze propriile lumi într-un mod diferit poate fi foarte utilă, este de asemenea foarte important să împărtășești aceeași imagine a obiectivelor persoanei respective.

Putem privi această problemă dintr-o perspectivă evoluţionistă. Aceasta sugerează faptul că conştientizarea identităţii de sine conduce spre un noian de stimuli fundamentali şi strategii care trebuie să fie organizate pentru a se potrivi condiţiilor particulare. Deoarece oamenii trebuie să se descurce în şi să înveţe din domeniul social, unul dintre sistemele organizatorice ce vin în ajutor este crearea unei *identităţi de sine*. Astfel, o identitate de sine este un instrument (o soluţie evoluată) pentru organizarea potenţialităţilor concurente care se găsesc în noi. Animalele pot să nu aibă nevoie de un astfel de instrument, deoarece ele se bazează pe sisteme mult mai automatizate în ce priveşte interacţiunile dintre ele. Dar pentru o minte simbolizatoare conştientă de sine, care are abilităţi metacognitive şi care poate regla mai multe dorinţe primitive, ar fi vorba doar de o *flexibilitate* prea mare şi de posibilităţi concurente pentru gândire şi acţiuni. Fără un anumit sentiment de „sine şi identitate de sine", am putea fi copleşiţi de posibilităţile „existenţei" (McGregor şi Marigold, 2003). Mulţi psihologi văd acum „sinele" şi identitatea de sine în acest fel, ca un sistem de organizare motivat care coordonează amintirile, emoţiile, convingerile, dar şi alte procese, pentru o asigurare unitară a obiectivelor (de exemplu, vezi Conway şi Pleydell-Pearce, 2000, pentru o trecere în revistă). Avem nevoie de un sentiment al sine unitar: cine suntem şi încotro ne îndreptăm (Swann, Rentfrow şi Guinn, 2003).

Conştiinţa noastră de sine şi abilităţile de a ne imagina ne fac capabili să creăm o identitate de sine sub forma unui model intern construit al „sinelui aşa cum este"; un sine cu nevoi, dorinţe, preferinţe, plăceri şi neplăceri; un sine care poate fi ameninţat în diferite moduri; un sine aşa cum cineva doreşte să fie (şi nu vrea să fie); un sine care doreşte să fie cunoscut/apreciat/respectat (de sine şi de ceilalţi) prin rolurile pe care cineva le joacă; un sine care îşi imaginează şi speră. După cum spunea Taylor (1989), o identitate de sine ne permite să decidem în „sinea" noastră ce ar trebui să apreciem şi ce nu (de exemplu, anumite sentimente şi gânduri) şi la ce ar trebui să aspirăm şi pentru care ar trebui să ne *pregătim*. După cum sublinia Taylor:

> A ști cine sunt reprezintă de fapt o altă formă de a ști unde mă aflu. Identitatea mea este definită prin angajamente și identificări ce oferă cadrul sau orizontul în care pot încerca să determin de la caz la caz ce este bun, sau valoros, sau ce se cuvine să fie realizat, sau ce anume susțin și la ce mă opun. Cu alte cuvinte, este orizontul în care sunt capabil să iau poziție (Taylor, 1989, p. 27).

Identitățile de sine ne ajută să adaptăm condițiile/ecologiile locale. În medii ostile, oamenii tind să aibă identități de sine bazate pe o existență agresivă, dură și neînfricată, în timp ce în medii blânde ei ar putea „să fie pașnici și săritori" (Gilmore, 1990). O identitate de sine ne ghidează gândurile în urmărirea scopurile principale evoluate (de exemplu, pentru sex, statut, putere, afecțiune etc.). O identitate de sine oferă consistență și continuitate acțiunilor care construiesc un sentiment de coerență cu „sinele" nostru și, prin acțiuni obișnuite, construiește reputații în mintea celorlalți (de exemplu, noi suntem persoane demne de încredere sau demne de iubire sau suntem persoane de care trebuie să-ți fie frică). Amenințările care vizează o identitate de sine, care vin din interior sau din afară, pot fi periculoase, deoarece acestea amenință o pierdere a coerenței, a controlului și a predictibilității (Swan *et al.*, 2003). După cum vom vedea în scurt timp, depresia poate reprezenta un colaps al identității de sine: persoana devine un sine rușinat, un sine slab, un sine respins; un sine care nu poate controla emoțiile; un sine care este contrariat și paralizat; un sine care nu este capabil să asigure obiectivele importante ale conexiunilor sociale și controlul (vezi de asemenea Champion și Power, 1995).

Amenințările externe și amenințările interne

Având o lume interioară atât de bogată a imaginației și a sentimentului de sine, se va introduce o nouă dimensiune a amenințării și a prelucrării acesteia. Amenințările care provin din cauze externe pot constitui subiectul unei argumentări conștiente și al unei

rezolvări a problemei. Îi putem căuta pe alţii pentru a le solicita sfatul sau ajutorul în rezolvarea problemei. Le putem adresa altora întrebări şi să aflăm răspunsuri din cunoştinţele lor – „cum crezi că ar trebui să mă descurc în această situaţie?". Pe de altă parte, îi putem privi pe ceilalţi ca fiind ameninţători şi inutili. Cu toate acestea, extrem de important este faptul că abilităţile noastre de a crea lumi interioare şi un sentiment de sine creează de asemenea o altă sursă de ameninţare: aceea care provine din interiorul nostru. Cimpanzeii nu îşi fac probleme că o durere ar putea fi o manifestare a unui cancer sau că ritmul cardiac ridicat ar putea reprezenta un început de criză cardiacă. Ei nu ruminează asupra faptului că emoţia asta sau cealaltă ar putea să-i copleşească. Ei nu percep anumite emoţii, cum ar fi anxietatea, furia sau fanteziile sexuale, ca ameninţări la identitatea lor sau nu deduc că acestea indică ceva rău în ce îi priveşte. Ei ar putea să se simtă „deprimaţi", dar se poate să nu aibă o conştiinţă de sine foarte ordonată a stării de depresie şi nici nu-şi fac griji sau nici nu ruminează asupra cauzelor şi implicaţiilor stării de depresie. Ei nu pot considera sinuciderea o scăpare, temându-se că un astfel de impuls i-ar putea domina. Pentru claritate, putem spune că ne putem simţi ameninţaţi de ceea ce percepem în mod conştient ca provenind din şi fiind declanşate în propriile noastre corpuri şi minţi. Aceasta deoarece avem un tip particular de conştiinţă de sine şi un mod de a căuta şi de a da sens tuturor „lucrurilor" care apar în conştiinţă. Cât timp oamenii pot deveni deprimaţi din cauza unor ameninţări externe, tot ei pot deveni deprimaţi deoarece simt că ar putea pierde controlul asupra ameninţărilor interne şi stărilor sentimentale neplăcute.

Sentimentele interioare, fanteziile şi stările minţii pot fi atât de neplăcute, încât este posibil să ne angajăm într-un comportament de evitare existenţială (Hayes *et al.*, 1996). Strategiile de protecţie şi securitate iau în acest caz o altă formă. Acestea pot fi acţiuni planificate pentru a ne ţine departe de situaţii înspăimântătoare sau să fie folosite pentru a evita neplăcerile interne, deoarece simţim că nu le putem suporta. O serie de terapii admit acum că eforturile noastre de a evita anumite sentimente pot fi problematice şi ne cer

să învățăm să le acceptăm și să le tolerăm (Hayes, Follette și Lineham, 2004; Hayes, Strosahl și Wilson, 2004; Lineham, 1993).

A trăi în mințile celorlalți

Dacă identitățile de sine au evoluat și sunt folosite în principal în slujba apărării obiectivelor sociale și a relațiilor, atunci avem de-a face cu o altă abilitate metacognitivă pe care trebuie să o analizăm mai atent. Se constată că abilitățile metacognitive se ocupă nu doar de ceea ce apare în mintea noastră, ci, de asemenea, și de ceea ce apare în mintea celorlalți (Fonagy și Target, 2006). Pentru a extinde mai bine rolurile sociale, s-au dezvoltat de asemenea moduri de gândire legate de ce anume gândesc și simt ceilalți. Aceasta se numește *teoria minții* (Byrne, 1995, 1999; Decety și Jackson, 2004; Malle și Hodges, 2005; O'Connell, 1997) și poate lua naștere din abilitățile nou-născutului pentru intersubiectivitate (Trevarthen și Aitken, 2001). Utilizând teoria abilităților minții, o persoană se poate gândi la altcineva – ce *le* motivează comportamentele, ce ar putea aprecia, ce știu și ce nu știu – și se poate *gândi* cum să-i manipuleze în așa fel încât să o placă sau să se teamă de ea. Putem gândi și sub formă de inferențe înlănțuite, de genul: „eu cred că tu crezi, că ea crede...". Abilitățile noastre de a judeca stările de spirit și intențiile celorlalți ne conferă un mare avantaj în relaționarea socială. Whiten (1999, p. 177) argumenta că: „«a citi mințile celorlalți» face ca mintea să fie mult mai implicată în social prin faptul că mințile lor *se întrepătrund* reciproc". Cu alte cuvinte, eu pot modela/imagina modul în care exist în mintea ta pentru tine, dar și modul în care tu exiști în mintea mea pentru mine.

Să considerăm că aveți un prieten care a avut un accident de mașină și, când îi telefonați, acesta este iritat și expeditiv cu voi. „Uite", spune el, „nu vreau să vorbesc cu tine chiar acum". Creierul nostru emoțional poate răspunde la acest semnal cu un sentiment de rănire sufletească și să genereze gândul că „eu doar

am încercat să ajut". Dacă cineva se pierde în această reacţie emoţională, atunci mai departe ne-am putea gândi/imagina că „el poate chiar nu mă place". Suntem aşadar centraţi pe autoprotecţie şi putem „personaliza" remarca. Dar să presupunem că cineva ar putea gândi: „Doamne! E chiar supărat. Acest lucru este de înţeles, deoarece el este probabil foarte afectat. Astfel, răspunsul lui este cauzat de starea sa de spirit şi nu are prea mult de-a face cu mine". Cu toate că terapeuţii cognitivi vorbesc despre acest lucru ca despre o atribuire, este de fapt mult mai mult decât atât. Este legat de ceea ce Peter Fonagy numea „mentalizare": abilitatea de a face un pas în spate şi de a-ţi imagina mintea cuiva într-un mod nonegocentric. Oamenii cu afecţiuni de tip borderline se luptă cu aceste abilităţi, făcându-i mult mai vulnerabili la reacţii emoţionale egocentrice (de exemplu, ei se vor supăra sau se vor înfuria din cauza telefonului, deoarece ei nu pot mentaliza foarte bine) (vezi Bateman şi Fonagy, 2004; Fonagy şi Target, 2006, pentru o fascinantă conturare a unei psihoterapii bazate pe mentalizare în cazul unor oameni cu personalitate borderline). Când suntem empatici şi putem raţiona/gândi/imagina în legătură cu starea de spirit a altcuiva (să ne punem în pielea lor), ne putem simţi chiar foarte diferit în cazul în care cineva ne închide telefonul.

Schimbul reciproc între minţi se poate realiza în ambele sensuri. Pot presupune că ceea ce este în mintea mea este de asemenea şi în mintea voastră, dar şi modul în care eu percep mintea ta poate schimba chiar percepţiile minţii mele. De exemplu, conştiinţa de sine poate că a evoluat datorită avantajelor pe care aceasta le oferă în citirea minţilor altora prin incursiuni în propria minte. Cu siguranţă că operăm adesea pe bază de presupuneri de genul „dacă eu văd ceva ca fiind roşu, alţi vor vedea la fel" sau „dacă eu mă simt bine sau rău din cauza unui eveniment, alţii simt foarte probabil la fel". Dacă ne folosim propriile minţi pentru a judeca ce este în minţile altora, aceasta se numeşte *proiecţie* – literalmente ne proiectăm sentimentele şi gândurile referitoare la ceva în minţile altora; din această cauză facem presupuneri că aceştia gândesc şi simt aşa cum simţim noi. Într-adevăr, aşa cum remarca

Nickerson (1999), dacă nu am putea presupune că alte persoane sunt mai mult sau mai puțin asemănătoare nouă, acestea ar putea deveni străine. Ar fi îngrozitor de dificil, dacă nu chiar imposibil, pentru noi să înțelegem cum să interacționăm cu ei. Astfel, teoria minții, pe care ne bazăm cunoștințele despre ceilalți, *trebuie să pornească* de la ideea că ceilalți gândesc și simt în mare măsură ca noi apoi trebuie doar să schimbăm/să aducem la zi imaginile/modelele noastre despre aceștia pe măsură ce facem noi descoperiri. Această abilitate de aducere la zi vine cu maturizarea diverselor abilități și percepții cognitive ce sunt cruciale teoriei minții și de aici cu recunoașterea faptului că ceilalți ar putea să nu cunoască sau să simtă așa cum facem noi. Această aducere la zi (înțelegerea diferențelor dintre noi și alte persoane prin folosirea posibilităților teoriei minții) nu se realizează întotdeauna în mod corespunzător, iar unii oameni au dificultăți în a înțelege faptul că ceilalți nu pot cunoaște ceea ce cunoaștem noi sau să simtă așa cum simțim noi (Nickerson, 1999).

Proiecția este obișnuită în psihoterapie, unde, de exemplu, un pacient care se simte jenat de un anumit lucru presupune că terapeutul va percepe aceeași rușine față de acele lucruri dacă le va dezvălui. Uneori aceasta se bazează pe o convingere transferată. De exemplu, „tatăl meu m-a făcut de rușine pentru acest lucru, deci și terapeutul o va face". Pacientul nu percepe mintea terapeutului așa cum ar putea fi aceasta în realitate – înțelegătoare, încurajatoare și care nu îl face de rușine. Într-adevăr, trebuie lucrat împotriva unei asemenea proiecții care poate fi importantă în relația terapeutică. Empatia și percepția empatiei implică oarecum o îndepărtare de proiecțiile și presupunerile ce se referă la perceperea minții celuilalt în termeni proprii. Ne vom concentra asupra acestui fapt mai târziu, atunci când va fi vorba de relația terapeutică (vezi capitolul 7). Ideea în acest caz este aceea că abilitatea de a crea o identitate de sine provine din abilitățile evoluate legate de conștiința de sine și capacitatea de a gândi și a imagina în anumite moduri. În orice caz, tipul de identitate de sine pe care o deținem, aspirațiile pe care le avem și modul în care reușim să înțelegem

și să ne simțim confortabil sau în pericol prin intermediul lumii noastre interioare (a pasiunilor și sentimentelor înnăscute) este în mare parte realizată prin intermediul relațiilor noastre sociale, adică prin modul în care noi ne percepem sinele prin mintea celorlalți (de exemplu, „deoarece pare că sunt demn de iubire judecând după cum te porți cu mine, atunci mă pot simți demn de iubire"). Din afara relațiile noastre sociale provine modul în care ne urmărim anumite obiective sociale și ne creăm o identitate pentru urmărirea acestora.

Mintea narativă

Terapeuții cognitivi sunt capabili să vorbească în termeni de cogniții și convingeri și să folosească metafore legate de calculatoare. Trebuie să fim precauți în acest caz, deoarece o „cogniție" poate fi destul de defectuos definită și nu este reductibilă la prelucrarea informației. Computerul personal și ADN-ul reprezintă ambele sisteme de prelucrare a informației ; sistemele personale de răspuns-amenințare (de exemplu, o colecție de celule în amigdală) va procesa rapid informația, însă acestea nu au cunoștințe propriu-zise. Cunoașterea apare din prelucrarea informației și apare în minte sub formă de gânduri. O problemă asemănătoare avem și în ceea ce privește semnificația. Deoarece sistemele fiziologice reacționează la stimuli, de exemplu, o molie zboară spre o lumină, nu putem spune că lumina are o semnificație pentru molie. Semnificația e mai mult decât reacțiile. Conceptul de semnificație este legat de un proces mult mai abstract și mai creativ și necesită o formă de conștiință. Semnificația și crearea unei semnificații sunt creații și nu reacții. O modalitate de a crea o semnificație este prin modul în care facem ca evenimentele să se lege cu identitățile de sine și cu scopurile. Un proces prin care acordăm semnificație (prin potrivirea evenimentelor și interacțiunilor cu identitățile de sine și scopurile) este prin intermediul *narațiunilor*.

Naraţiunile externe apar din derularea interacţiunilor (reale şi imaginare) cu ceilalţi. Acestea se găsesc în discursurile sociale şi necesită interacţiunea cu ceilalţi. Prin acest proces am fi capabili să adoptăm anumite convingeri sau, în cazul împărtăşirii ideilor şi discursurilor, să descoperim lucruri despre noi de care nu eram conştienţi sau care vin să lege o imagine, iar aceasta să devină mai clară în ce priveşte propriile atitudini faţă de lucruri (de exemplu, „Nu-mi dădusem seama până să încep să vorbesc cu Sam cât de furios am fost în legătură cu un lucru sau altul"). *Naraţiunile interne* apar în interiorul minţilor noastre, adică acestea sunt forme de discuţii cu sine şi de relaţionare sine-cu-sine („Sunt mulţumit că am făcut astfel", „Ah, a fost o prostie să fac asta"). Aşadar, mintea nu generează gânduri sau convingeri izolate, ci scenarii şi naraţiuni despre sine şi despre ceilalţi din care reiese sensul. Astfel, noi dăm sens evenimentelor prin plasarea lor într-un context care le leagă de alte evenimente spunându-ne astfel o poveste coerentă. Poveştile noastre reflectă imaginile noastre fundamentale asupra lumii. De exemplu, dacă îmi moare copilul, ca evoluţionist aş putea vedea această situaţie ca fiind „tipică pentru această lume dură", pe când o persoană religioasă ar putea vedea că este „voia lui Dumnezeu".

Naraţiunile sunt legate de convingeri, cu siguranţă, dar acestea sunt procese mai dinamice şi în schimbare; acestea furnizează înţelegeri ale modului în care noi creăm semnificaţii şi dezvoltăm convingeri. Îmi amintesc că un vestit psiholog spunea cândva: „nu sunt niciodată sigur de ceea ce cred în legătură cu un anumit lucru până când nu am discutat sau am scris despre el. Dovada ar putea schimba mintea mea, dar acelaşi lucru îl fac şi reprezentările celorlalţi". Deoarece naraţiunile înglobează „naraţiunile din mintea celorlalţi", în calitate de terapeuţi intrăm şi noi în acest flux narativ. Cu toate că sunt extrem de simplificate, aceste imagini vin în sprijinul abordărilor constructive din psihoterapie – unde actele creatoare de sens prin naraţiuni sunt deosebit de importate (Mahoney, 2003).

Sinele ca obiect

În capitolul 2 am discutat despre importanţa conştiinţei noastre de sine de nivel înalt în crearea percepţiei „sinelui-ca-obiect". Parţial, aceasta apare din mintea noastră, care este alcătuită din sisteme ce conţin diverse componente. Am remarcat faptul că putem avea imagini pozitive sau negative despre toate aspectele sinelui, inclusiv sinele fizic (imaginile noastre, structurile şi funcţiile trupeşti), cum sinele îşi îndeplineşte rolurile (îndeplinind în mod competent sau eşuând), dar şi percepţiile interioare, proprii sinelui (de exemplu, visele, emoţiile şi fanteziile). Această capacitate de a observa şi „judeca cu ajutorul sentimentelor" (de exemplu, plăcerea în sine sau frustrarea cu sine) creează ceea ce a fost numit „ciclicitate internă" în care, de exemplu, o parte a sinelui poate deveni critică, iar alta să răspundă de partea autocritică într-o relaţie de tip sine-către-sine. Aceasta este importantă deoarece autocritica implică frustrarea şi revolta cuiva îndreptată către sine. Apoi, un alt sistem component răspunde la un atac precum unei ameninţări şi angajează strategii de apărare secundare. Vom discuta despre toate acestea în scurt timp.

Ruminația

Un alt derivat al abilităţilor conştiinţei de sine de nivel înalt, care conduce la apariţia diverselor abilităţi metacognitive, este ruminaţia. Există dovezi potrivit cărora „păstrarea" în minte a diverselor gânduri negative şi păstrarea atenţiei concentrată asupra lor pot fi în defavoarea dispoziţiei noastre şi a stării de bine. S-au realizat multe cercetări asupra depresiei ce aveau în vedere rolul gândurilor repetitive (a reflecţiei) asupra depresiei unei persoane şi a simptomelor caracteristice. Ruminaţia poate afecta intensitatea şi durata depresiei (Nolen-Hoeksema, Marrow şi Fredrickson,

1993). De asemenea, ruminația asupra cauzelor și consecințelor simptomelor și asupra sentimentelor depresiei poate împiedica rezolvarea problemelor adaptive, poate intensifica gândurile negative și să reprezinte un proces puternic ce menține starea de depresie (Davies și Nolen-Hoeksema, 2000). Reflecția ar putea fi potrivită pentru a explica diferențele de sex în depresie (Nolen-Hoeksema, Graysin și Larson, 1999). Cei care ruminează nu folosesc la fel de bine rețelele sociale comparativ cu cei care nu reflectă și au dificultăți în împărtășirea problemelor (Nolen-Hoeksema și Davis, 1999), posibil din cauza rușinii (Cheung, Gilbert și Irons, 2004). (Reflecția în depresie poate de asemenea să se centreze pe furie și răzbunare – Gilbert, Cheung, Irons și McEwan, 2005.) În același timp, poate constitui un obiectiv major pentru terapie, după cum vom vedea ceva mai târziu.

Strădaniile persoanei în faza predepresiei

Având în vedere faptul că crearea sensului, împreună cu diverse forme ale conștiinței de sine și teoria minții reprezintă fundamentul ființei umane, se pune problema cum sunt acestea legate de depresie și de strategiilor de protecție discutate în capitolele anterioare. Vulnerabilitatea față de depresie provine din mai multe surse, care includ, printre altele, codul genetic (Caspi și Moffitt, 2006), greutățile vieții incipiente (Bifulco și Moran, 1998), maturizarea creierului (Schore, 2001), modurile de gândire (Alloy *et al.*, 2006), întâmplările vieții (Kendler *et al.*, 2003), dar și sprijinului social (Brown și Harris, 1978). Oricum, majoritatea vulnerabilităților se manifestă în depresie prin intermediul interacțiunilor sociale. Într-adevăr, oriunde ne-am uita, din modul în care ne-am dezvoltat pentru a asigura anumite obiective sociale și am creat anumite tipuri de relații (Buss, 2003; Gilbert, 1989), din modul în care siguranța sau pericolul din cadrul relațiilor afectează stările noastre psihobiologice (Cacioppo *et al.*, 2000; Schore, 2001), din modul în

care mintea noastră a evoluat pentru a forma identităţi de sine care să se potrivească condiţiilor sociale (Leary şi Tangney, 2003) şi ţinând cont de instrumente precum teoria minţii (Byrne, 1999), constatăm că suntem parte a unei întregi reţele de patternuri relaţionale (Whiten, 1999). Prin urmare, este vorba de organizarea internă a sinelui nostru care caută un obiectiv, într-o anumită lume socială, care dă consistenţă perceperii depresiei. Într-adevăr, cercetările ne-au furnizat câteva indicii legate de faptul că unele persoane deprimate sunt vulnerabile la depresie din cauza modului în care sunt formate identităţile lor de sine şi obiectivele, dar şi din cauza eforturilor acestora de a se *proteja* de rupturi sociale şi eşecuri. Am abordat sumar toate aceste teme în capitolul 5, remarcând, de exemplu, că ataşamentul nesigur este un factor major al vulnerabilităţii la depresie.

Când încercăm să ajutăm persoane deprimate, ne putem concentra împreună cu acestea asupra modurilor lor de raţionament – faptul că depresia le comunică să se concentreze pe ameninţări şi pierderi (în ce priveşte atenţia acestora, competenţele şi raţionamentele logice, precum şi în legătură cu eforturile de a-şi controla emoţiile); aceştia analizează diverse situaţii în moduri care nu-i ajută deloc şi se deconectează folosindu-se de un mecanism de evitare comportamentală. Pentru unele persoane deprimate acesta este un motiv suficient să le pună din nou în mişcare şi să le dea posibilitatea să deprindă unele abilităţi care le vor aduce o stare bună pentru tot restul vieţii. Dar sunt şi alte tipuri de persoane deprimate, care şi-au pierdut speranţa şi se simt lipsite de valoare în faţa vieţii, au o identitate de sine fragmentată şi se simt singure. Aşadar, nu suntem doar simple minţi mecanice, ci trebuie să ne implicăm în povestirile oamenilor şi în obiectivele vieţii. Atunci când procedăm în felul acesta, auzim în mod repetat poveşti legate de eforturile oamenilor de a găsi anumite sensuri şi conexiuni sociale. O dimensiune importantă a obiectivelor vieţii trebuie să fie apreciată şi acceptată, aceasta fiind utilă şi pentru evitarea ruşinii.

Psihologia sinelui

În ultimul capitol ne-am concentrat asupra teoriei ataşamentului şi asupra importanţei ataşamentului instabil ca vulnerabilitate la ameninţare. Psihologia sinelui, aşa cum a fost ea dezvoltată de Heinz Kohut (1913-1981) (1971), oferă de asemenea moduri utile de gândire în ce priveşte depresia şi eforturile oamenilor de a găsi conexiuni sociale şi, în acelaşi timp, explică modul în care pot fi activate strategiile de protecţie. În opinia mea, poate fi îmbinată cu noile abordări ale identităţii de sine (Leary şi Tangney, 2003), ale activării amintirilor în stările de suferinţă (Brewin, 2006), ale teoriei schemei interpersonale (Baldwin, 2005) şi, de asemenea, ale teoriei condiţionării (Gilbert, 1992). Poate fi de asemenea utilă în îmbinarea unor conceptele legate de „trăirea în mintea celorlalţi" discutate mai sus. Aşadar, în următoarele câteva secţiuni vom analiza ideile lui Kohut. Unele dintre aceste idei nu au fost originale, însă el nu a fost foarte transparent în a-şi recunoaşte sursele. De exemplu, Kahn (1985, 1989) remarca faptul că Kohut şi Carl Rogers au făcut parte din aceeaşi universitate (Chicago) timp de zece ani. Cu toate că ei nu păreau să se cunoască, îşi cunoşteau probabil oarecum ideile. Alţii au sugerat că Kohut a fost influenţat de Bowlby. În altă parte (Gilbert, 1992), am făcut o comparaţie între aceşti doi teoreticieni. (Vezi Banai, Shaver şi Mikulincer, 2005, pentru o analiză a modului de abordare.)

Kohut susţine că ar exista anumite tipuri de experienţe interioare şi necesităţi care ar trebui înţelese şi recunoscute la un client. Acestea ar fi: a) nevoia de a se simţi apreciat şi aprobat de alţii (*oglindirea*); b) nevoia prezenţei unor persoane spre care clientul să se îndrepte şi de care să se simtă consolat şi protejat (*idealizare*); c) nevoia de a se simţi ca alţii (*apartenenţa*). Dacă ne gândim la toate acestea în funcţie de sistemele emoţionale, care au fost prezentate în capitolul 2, toţi se raportează la sentimentul de siguranţă şi la cel de conexiune în viaţa de zi cu zi, iar acestea pot influenţa sistemele de liniştire.

Oglindirea

Oglindirea poate apărea din prima zi a vieţii, atunci când mama îi zâmbeşte şi îl alintă pe copilul ei. Acestea activează în mod automat sistemele afective pozitive în cazul copilului, care pot fi văzute pe chipul acestuia, dar şi prin alte mişcări ale corpului datorate stării de bine. Copilul trăieşte sentimente pozitive faţă de expresiile faciale şi tonul vocii mamei sale (Trevarthen şi Aitken, 2001). Nevoia de a fi apreciat şi acceptat continuă să apară odată cu comportamentul exhibiţionist incipient al copilului (comportamente de tipul „uitaţi-vă la mine mamă/tată, uitaţi cum fac asta").

Când un părinte îşi oglindeşte mândria asupra copilului („Bravo! E foarte bine"), copilul internalizează un sentiment de sine sănătos şi puternic. De exemplu, părinţii manifestă adesea emoţii pozitive faţă de capacităţile de dezvoltare ale propriului copil de a merge şi de a vorbi şi mai târziu, de a desena şi de a rezolva probleme (de exemplu, „Vino spre mama, foarte bine. Bravo, foarte bine. Ce băiat/fată isteţ/isteaţă"). Dacă un copil scoate în evidenţă sau demonstrează o anumită abilitate, iar părintele îl laudă, atunci copilul se percepe pe sine ca fiind capabil şi bun. De remarcat faptul că copilul nu doar îi va percepe pe părinţi ca aprobativi (ei au generat o emoţie pozitivă în mintea celuilalt), ci se va percepe şi pe sine ca fiind aprobat şi simpatizat; trebuie spus că există emoţii pozitive generate de sine despre sine.

Kohut a numit aceste percepţii interioare ale sinelui „percepţii de tip sine-obiect". Astfel de termeni sunt mult mai puţin utilizaţi în zilele noastre (în afara terapiei psihodinamice), dar în schimb ne-am concentrat pe amintirile şi imaginile pozitive care se referă la sine (Baldwin, 2005). Punctul-cheie este totuşi nu felul cum le numim, ci important este a recunoaşte că un copil se simte bine datorită *emoţiilor pozitive care vin către el din partea părinţilor*; adică se realizează prin intermediul emoţiilor pozitive pe care copilul le-a stimulat în părinte prin propriul comportament şi observând acest fapt exprimat prin expresii faciale, dar şi prin alte

manifestări ale părintelui care creează sentimente de sine pozitive. În termeni de iubire, copilul nu se percepe pe sine ca fiind doar iubit, ci și *simpatic* (Gilbert, 1993, 2003). Această căutare oglindită continuă și pe parcursul vieții, atunci când căutăm să fim apreciați și să câștigăm „o mângâiere pe cap" din partea celorlalți. Vedem astfel cum aceasta se leagă de teoria minții și de modul în care ne dezvoltăm așteptările și percepțiile referitoare la modul în care ceilalți ne văd, ne percep și interacționează cu noi.

Știm acum că lipsa acestor reflecții și interacțiuni emoționale pozitive importante poate avea un impact deosebit asupra maturizării creierului copilului – deoarece copiii au nevoie de aceste semnale care vin din exterior pentru a le stimula emoțiile pozitive și de diverse sisteme cognitive, dar și să lege toate acestea de un sentiment de sine (Gerhardt, 2004; Schire, 1994; Siegel, 2001). Deci, dacă copiii sunt privați de aceste emoții pozitive care ar trebui să se îndrepte către ei și/sau părinții ignoră în mod repetat aceste repere în dezvoltare, pot apărea probleme. Și acestea pot afecta nu doar maturizarea creierului, dar oamenii care au avut parte în copilărie de puține experiențe de tipul oglindirii pot înainta în viață simțindu-se extrem de motivați să încerce să smulgă astfel de oglindiri din partea celorlalți. Aceasta deoarece fără aceste semnale lumea este percepută ca fiind nesigură.

Părinții pot de asemenea să fie cei care umilesc. Dacă un copil afișează comportamente pe care părintele le critică sau care îl înfurie sau îl fac să exprime o „față dezgustată" („nu fă asta, nu arată bine"), atunci copilul percepe faptul că a activat emoții negative în mintea celorlalți (Lewis, 1992). Emoția negativă în cazul părintelui poate acum să se reflecte în copil, astfel încât acesta se percepe ca fiind rău, rușinat sau incapabil să influențeze interese pozitive din partea celorlalți; adică se percepe ca o amenințare.

Morrison (1984) a remarcat distincția făcută de Kohut între *structurile proprii defensive*, care mobilizează eforturile de ascundere a lipsurilor în sine, și *structurile proprii compensatorii*, care mobilizează eforturile de a înlocui o slăbiciune în sine – literal

vorbind, să compenseze. Morisson ne dă o idee complexă, dar interesantă, potrivit căreia depresia apare adesea din incapacitatea de a susţine structurile compensatorii. O structură compensatorie în termenii terapiei cognitive este asemenea unei convingeri fundamentale, cum ar fi: „dacă pot ajunge la acest nivel, atunci oamenii mă vor îndrăgi şi mă vor respecta; pot compensa eu pentru ceilalţi lipsurile sau percepţiile anterioare". În opinia mea ar trebui să mai adăugăm „şi atunci voi fi acceptat, iar lumea va fi mai sigură". Există mulţi terapeuţi care consideră că depresia provine din eforturile eşuate ale oamenilor de a câştiga acceptul sau de a compensa sentimentele de inferioritate sau incapacitatea de a inspira dragoste (vezi capitolul 5). Astfel, depresia poate apărea atunci când un individ pur şi simplu nu-şi poate realiza idealurile necesare (fie prin intermediul unei relaţii, fie prin efort personal) pentru stimularea stimei de sine (să se simtă competent şi îndrăgit) şi astfel să refacă sentimentele coeziunii sinelui, puterii şi siguranţei. Morrison remarca unele similarităţile cu conceptele lui Bibring (1953) (faptul că persoanele deprimate încearcă să se ghideze după anumite idealuri cum ar fi să nu fie niciodată agresivi sau să fie mereu muncitori), dar, spre deosebire de Bibring, el consideră ruşinea o emoţie esenţială. Pentru Kohut, problemele legate de furie şi depresie sunt în general efecte secundare ale sentimentelor de nesiguranţă şi eşecurilor în a se simţi apreciat. (Această imagine este foarte diferită din perspectiva terapeuţilor relaţionişti, care consideră furia un stimul primar; vezi Russell, 1985.)

Idealizarea

Aceasta se leagă de faptul că un copil are nevoie să se bazeze pe ceilalţi. Atunci când cei pe care copilul îi caută îi răspund acestuia cu mesaje ajutătoare şi înţelegătoare, el se va simţi relaxat, protejat, în siguranţă şi iubit şi va dezvolta un sentiment de încredere fundamental. Când aceasta nu se întâmplă, copilul simte că nu e

nimeni lângă el şi este incapabil să se simtă relaxat în prezenţa unor emoţii puternic negative (tristeţe, anxietate şi furie). Ulterior, ca adult, persoana ar putea apela la diverse măsuri defensive (de exemplu, să bea) pentru a încerca să se relaxeze atunci când este supus stresului în loc să obţină ajutor şi sprijin din partea celorlalţi. Aceştia ar putea să nu aibă încredere în consilier, aşteptându-se să-l părăsească într-un fel sau altul. Acest mod de gândire are multe puncte comune cu teoria ataşamentului (Gilbert, 1992). Kohut (asemenea lui Bowlby) a vorbit despre liniştire, dar nu ştia atunci faptul că creierul nostru posedă un sistem special de liniştire (vezi capitolul 2).

Consilierul poate empatiza cu nevoile clientului în dorinţa acestuia de a avea lângă el pe cineva „mai puternic" care să vină să-l salveze şi să rezolve problemele. Astfel, consilierul poate recunoaşte o dorinţă a clientului de a fi salvat, frica lui de abandon, de singurătate, şi sentimentul că nu mai poate fi salvat, nu mai poate fi ajutat. Aşadar, dacă un client spune „Mă poţi ajuta? Sunt disperat", consilierul *nu* ar trebui să spună „Ei bine, depinde de tine" sau „Pot doar să te ajut să te ajuţi singur". În schimb, consilierul poate *reflecta sentimentele* şi să indice un parcurs al terapiei în colaborare cu clientul. Răspunsuri posibile ar fi: „Când ne simţim deprimaţi sau ne doare ceva putem trece prin experienţe precum singurătatea şi izolarea şi ne putem dori cu disperare să găsim pe cineva care să ne ajute şi care să ne aline acea durere (adică să reflecte sentimentele). Să vedem care sunt problemele tale şi să vedem ce ar putea fi de ajutor".

Apartenența

Aceasta se leagă de nevoia copilului de a se simţi mai degrabă ca parte a unui întreg format împreună cu ceilalţi, ca parte a unui grup sau a unei relaţii, în loc să se simtă un intrus şi să se rupă de ceilalţi. Există multe dovezi potrivit cărora aceasta reprezintă o motivaţie puternică şi importantă pentru oameni (Banai *et al.*, 2005;

Baumeister şi Leary, 1995). Încă o dată, un consilier poate empatiza şi poate recunoaşte o posibilă dorinţă de apartenenţă la un grup şi dorinţa de a se simţi parte a unei situaţii sociale. Uneori se manifestă printr-o dorinţă de a fi angajat serios în relaţiile cu ceilalţi. Un poliţist care a trebuit să se pensioneze ca urmare a unei răni simţea că „nu sunt de nici un folos pentru nimeni de acum înainte şi sunt o povară". Depresia i-a fost alinată când şi-a găsit o nouă ocupaţie şi a întreprins o muncă de caritate, unde a simţit că poate aduce o contribuţie utilă şi poate munci în diverse proiecte. Sentimentele de apartenenţă şi de a fi capabil să aducă unele contribuţii sunt importante pentru mulţi oameni. Conexiunea empatică a consilierului faţă de această nevoie poate fi importantă.

Teoria lui Kohut referitoare la depresie este bine rezumată de Deitz (1988). În principal, depresia apare atunci când un client şi-a pierdut stimulii externi (de exemplu, relaţiile) sau dimensiunile pozitive interne ale autocunoaşterii, care menţin sentimente pozitive despre sine. Am putea de asemenea privi această situaţie ca fiind legată de activarea diverselor tipuri de amintiri afective (Brewin, 2006); adică, atunci când suntem deprimaţi, ne putem aminti cum era când ne simţeam bine sau nu ne putem aminti nici măcar faptul că ne putem simţi competenţi şi capabili. Amintirile şi sentimentele noastre negative au un acces privilegiat. Scopul consilierii este acela de a facilita şi de a dezvolta contactul cu sentimentele de sine pozitive interne (adică percepţiile pozitive şi rememorarea sinelui). Cu alte cuvinte, este nevoie de ajutor pentru a reconstrui o identitate de sine pozitivă şi de a dezvolta obiective pozitive în viaţă sau, în termeni cognitivi, schema de sine pozitivă şi atribute care readuc sau dezvoltă reprezentări ale sinelui mai degrabă ca având valoare şi fiind capabil în loc să fie lipsit de valoare şi incapabil. Într-adevăr, Deitz (1988) remarca faptul că aceste idei sunt similare noţiunilor cognitive ale schemei proprii.

Într-un anumit fel, imaginea lui Kohut asupra depresiei este aceea că aceasta este aproape de fiecare dată secundară unui sentiment dureros de decepţie; decepţia că viaţa s-a dovedit a fi aşa cum este; că ceilalţi nu au fost atât de iubitori şi de încredere

pe cât sperai; că planurile nu s-au realizat; că cineva nu se poate simți în conectat cu ceilalți sau să găsească un loc important în lumea socială. Într-un fel, se poate spune că nu a reușit. Acesta este un punct de vedere care a fost ilustrat într-un mod excepțional în piesa lui Arthur Miller, *Moartea unui comis-voiajor* (pentru o discuție mai amplă asupra acestui subiect, vezi Baker și Baker, 1988). Este important să ajuți pe cineva să-și exprime sentimentul de decepție și să pună sub semnul întrebării sursele acestuia, uneori bazate pe aspirații nerealiste, interpretări greșite sau nevoi necunoscute.

Aceste teme asupra cărora psihologii analizei sinelui insistă și-au făcut apariția de-a lungul timpului și în numeroase scrieri ale altor terapeuți. Limbajul și chiar modul lor de lucru cu aceste subiecte pot fi diferite, dar sunt din ce în ce mai mulți cei care sunt de acord că unii oameni deprimați cronic s-au chinuit să găsească conexiuni sociale și înțelegere o bună perioadă de timp. Fie că ne axăm pe gânduri, comportamente sau emoții ca drumuri de ieșire din starea de depresie, ca terapeuți trebuie să transmitem înțelegerea noastră față de *eforturile* depuse în cadrul depresiei. Aceasta înseamnă, în contextul luptei pentru asigurarea obiectivelor sociale, a găsirii unor identități de sine pozitive, dar și a eforturilor de a se simți în siguranță, că strategiile de protecție caracteristice depresiei pot fi activate. Un aspect-cheie al personalității, care poartă cu el riscul de pierdere a unei identități de sine pozitive și a obiectivelor sociale, este rușinea.

Rușinea

În ultimul capitol am explorat în detaliu strategiile defensive legate de o inferioritate/subordinare nedorită și de deconectare socială în cadrul mediilor sociale potențial ostile/exclusive. Dacă ar existat o emoție de sine conștientă care să cuprindă esența acestora, atunci aceasta ar fi rușinea. Rușinea este în esență o emoție conștientă de sine, asociată cu sentimentul de inferioritate și de excludere din punct de vedere social (Kaufman, 1989). Rușinea este un

sentiment imprevizibil deosebit de important, care este asociat cu conştiinţa de sine umană şi cu nevoia noastră pentru o identitate de sine care ne ajută să ducem la îndeplinire obiectivele sociale (Gilbert şi Andrews, 1998; Gilbert, 2003, 2007; Tangney şi Dearing, 2002). Putem simţi ruşinea foarte intens tocmai pentru că deţinem unele abilităţi pe care le-am analizat mai sus. Cu toate că unele animale pot simţi o stare de anxietate legată de grupurile sociale şi să se angajeze în comportamente docile şi de evitare – ceea ce presupune ruşinea (Gilbert şi McGuire, 1998; Keltner şi Harker, 1998) –, probabil că doar oamenii sunt cei care percep ruşinea, deoarece aceasta se referă la sine şi la identitatea de sine. Ruşinea nu reprezintă atât distanţarea faţă de un sine ideal sau o neatingere a anumitor standarde, cât apropierea de un *sine nedorit* (Ogilvie, 1987), o vulnerabilitate la respingere sau ostracizare; fiind obiect de batjocură. Analizând ipoteza psihodinamică potrivit căreia ruşinea este legată de eşecul de a fi la înălţimea idealurilor şi de a folosi metode calitative, Lindsay-Hartz, de Rivera şi Mascolo (1995, p. 277) au constatat că:

> ...majoritatea participanţilor resping această formulare. În schimb, atunci când se simt ruşinaţi, participanţii vorbesc despre faptul că simt că ar fi cineva care ei *nu* vor să fie. Adică ei se percep pe sine mai degrabă ca încorporând un antiideal decât pur şi simplu a nu fi ce ei nu vor să fie. Participanţii spun lucruri de genul „sunt gras şi urât", şi nu de genul „am eşuat în a arăta bine"; sau „sunt rău şi hain", şi nu faptul că „nu sunt atât de bun pe cât aş vrea să fiu". Această diferenţă de accentuare nu este doar semantică. Participanţii au insistat asupra faptului că distincţia era importantă.

Bazându-se pe o analiză a dovezilor şi pe teoria actuală, Gilbert (1998a, p. 22) a sugerat că este vorba de:

> ...perceperea interioară a sinelui ca pe un agent social neplăcut, aflat sub presiunea de a limita posibilele traume ale sinelui prin fugă sau calmare, care atrage ruşinea mai aproape. Nu contează dacă cineva este interpretat ca neplăcut ca urmare a acţiunilor

uneia sau mai multor persoane; ceea ce este important este sentimentul personal al neatractivității – a exista într-o lume socială ca un sine nedorit; un sine asemenea căruia nimeni nu își dorește să fie. Ruşinea este un răspuns involuntar față de conştientizarea faptului că cineva şi-a pierdut statutul şi nu mai este apreciat.

Aşa cum s-a remarcat, cât timp căutăm să stârnim sentimente pozitive (de exemplu, simpatii şi dorinţe de asociere cu sinele), în minţile celorlalţi (acest lucru face ca lumea să fie mai sigură), când simţim ruşinea, există convingerea că vom genera sau am generat sentimente negative (dispreţ, batjocură, dezgust sau dezinteres) în minţile celorlalţi şi, în consecinţă, aceasta îi va conduce fie la a nu-şi mai dori să formeze relaţii benefice cu noi, să se elibereze, să respingă în mod activ persoana sau chiar să o atace (tot ceea ce face ca lumea să fie ameninţătoare). Când ruşinea este internalizată, indivizii pot avea estimări similare de separare de ei înşişi, adică anumite aspecte ale fiinţei activează mai degrabă sentimente de furie îndreptată către sine, dispreţ sau ură, în loc de sentimente de acceptare şi plăcere.

Ruşinea implică:

1. *o componentă evaluativă externă sau socială.* Aceasta se leagă de ceea ce credem că e în mintea celorlalți referitor la noi. Convingerile se referă la faptul că alții văd ființa ca inferioară, rea, nepotrivită sau imperfectă; adică alții ne privesc de sus într-un mod condamnabil sau disprețuitor şi se vor „rupe" de ființă sau o vor răni (Gilbert, 1998a);
2. *o componentă autoevaluativă internă.* Aceasta implică convingerile şi sentimentele autoevaluative potrivit cărora cineva *este* inferior, nepotrivit sau imperfect. Multe dintre gândurile noastre care ne atacă pe noi înşine (de exemplu, sunt inutil, om de nimic, o persoană rea, un ratat) sunt în esență gânduri umilitoare şi autoevaluări negative (Gilbert, 1998a; Tangney şi Fischer, 1995);
3. *o componentă emoțională.* Emoțiile şi sentimentele care se regăsesc în umilință sunt diverse, dar toate provin din sistemele de apărare față de amenințări şi includ: anxietate, furie, dezgust față de sine şi autodisprețuire (Tangney şi Fischer, 1995). Nu este

o emoție separată pentru ruşine, dar este modul în care aceste emoții primare sunt structurate în sistemul identității de sine;

4. *o componentă comportamentală.* Există un stimulent puternic de adoptare a unui profil supus, ascuns, care evită să se expună şi care fuge sau (când emoția de care discutăm este furia) se răzbună împotriva celui care „prezintă" sinele ca inferior, slab sau rău (Lewis, 1992, 2003; Tangney şi Fischer, 1995);
5. *o componentă psihologică.* Se ştie acum că ruşinea este unul dintre cei mai puternici activatori ai răspunsurilor la stres în cadrul interacțiunilor sociale (Dickerson şi Kemeny, 2004).

Dat fiind că şedinţa de consiliere şi terapia reprezintă adesea momente în care va trebui să „ne deschidem, să fim sinceri şi să discutăm despre lucrurile dureroase din viaţă" (eşecurile şi traumele noastre), nu este deci surprinzător faptul că terapia poate fi un timp al celor mai acute trăiri ale umilinţei. Astfel, când lucrăm cu ruşinea, trebuie să avem în minte două lucruri de bază din psihologia umană. În primul rând, suntem extrem de motivaţi să ascundem informaţii despre propria persoană şi să încercăm să susţinem autoprezentările pozitive în faţa celorlalţi (Leary, 1995). În al doilea rând, actele de tăinuire pot fi utile pentru autoprezentări, dar pot de asemenea să fie foarte dăunătoare pentru sănătate (Pennebaker, 1997). Ruşinea motivează tăinuirea, dar tăinuirea inhibă asimilarea informaţiilor negative despre propria persoană şi are efecte fiziologice dăunătoare (Pennebaker, 1988, 1997; Pennebaker şi Bacall, 1986). Dacă oamenii pot prelucra informaţiile pe care nu le-au împărtăşit înainte şi pot dezvolta noi înţelesuri, aceasta poate fi extrem de benefic pentru terapie (Pennebaker, 1997). Ruşinea este de asemenea un motiv-cheie pentru care oamenii se simt şi rămân deconectaţi şi izolaţi unii de alţii. Există de asemenea şi diferenţe de gen în modul în care ruşinea afectează bărbaţii şi femeile şi este rostită şi încheiată în timpul terapiei (Osherson şi Krugmain, 1990).

Ruşinea joacă un rol crucial într-o diversitate de probleme, inclusiv în cazul depresiei, anxietăţii, violenţei, tulburărilor de alimentaţie şi de personalitate (Gilbert, 1997, 1998a; Gilbert şi

Irons, 2005). Ruşinea poate fi centrată pe multe aspecte ale sinelui. De exemplu, ne putem simți ruşinați de *corpurile* noastre (aşa cum se întâmplă în unele tulburări de alimentație, dar şi în cazul multor alte sentimente caracteristice, ca acela de a fi prea gras, având o siluetă nepotrivită, de a îmbătrâni şi din cauza unor diformități sau a diverselor funcții ale corpului; Gilbert şi Miles, 2002), de propriile *sentimente* (de exemplu, furia sau dorința sexuală), de *trăsături sau abilități* (a te simți prost) şi de propriile *comportamente* (de exemplu, acela de a minți sau a pierde controlul, a fi umil sau a fugi şi a evita lucrurile din cauza fricii). Ruşinea poate interfera semnificativ cu relațiile terapeutice, în special atunci când oamenii încearcă să acopere ceea ce îi face să se simtă ruşinați sau au fost incapabili să prelucreze sau să transforme episoadele emoționale încărcate de ruşine (Miller, 1996). Ruşinea poate duce la percepții importante, care vor fi tăinuite. De exemplu, supraviețuitorii adulți ai unui abuz sexual pot trece prin consiliere fără ca abuzul să fi fost dezvăluit (Jehu, 1988, comunicare personală) şi există o relație importantă între ruşine, abuz sexual şi depresia cronică (Andrews, 1998). Ruşinea poate de asemenea să producă sentimente puternice de inutilitate atât în cazul consilierului, cât şi al clientului. Problemele de „blocaj" pot indica uneori o ruşine ascunsă. În continuare dăm câteva exemple de umilințe.

Donna a avut o a treia şedință de terapie dificilă, în care a început să discute despre abuz. Terapeutul a simțit că ea a fost participativă, dar aceasta nu a mai revenit la tratament. Mai târziu, terapeutul a descoperit că, mărturisindu-şi istoria, Donna nu a mai putut da ochii cu terapeutul. Uneori o şedință „de succes" descoperă ruşinea, iar acesta este un moment periculos pentru activarea evitării. Terapeutul poate preveni pacienții în legătură cu aceasta în cazul în care acest fapt ar putea deveni o problemă pentru ei.

Crescând într-un grup social şi o familie foarte religioase, lui David i-a fost teamă multă vreme de orientarea sa sexuală (referitor la credințele religioase) şi şi-a ascuns această orientare față de prietenii şi părinții săi. Făcând asta, el s-a simțit rupt de ceilalți,

diferit şi rău şi a realizat că este extrem de dureros să discute despre aceasta în cadrul terapiei. El a vrut doar „să scape de aceasta".

Janet s-a îngrăşat din cauza medicaţiei şi era „dezgustată" de corpul ei. Ea a spus că „mă simt captivă într-un corp străin oribil" şi nu poate sta în faţa soţului ei să o privească sau să o atingă. Aceasta s-a adăugat la ruşinea ei pentru că a simţit că a eşuat în a fi soţie şi îi lipseşte extrem de mult viaţa sexuală anterioară.

Sandra se simţea extenuată de naşterea copilului său şi uneori avea senzaţia că doreşte să fugă şi chiar să-şi rănească copilul atunci când acesta nu se oprea din plâns. Nu a putut spune nimănui nimic despre aceste sentimente, deoarece simţea că ceilalţi ar putea crede despre ea că era nebună sau rea.

Cu toate că cei care studiază comportamentul au analizat evitarea în detaliu în cadrul depresiei, ei s-au centrat foarte rar pe complexitatea umilinţei – unul dintre principalele motive ale evitării. Depresia este mai probabilă în cazul în care unele evenimente din viaţă provoacă un sentiment de ruşine (Andrews, 1998; Gilbert, 1992, 1998a, 2004) sau de înjosire (Brown *et al.*, 1995). Pentru unele depresii, temele şi problemele umilinţei au fost ocolite un timp îndelungat, iar persoana nu a avut niciodată un sentiment puternic al sinelui ca fiind atractiv, acceptabil, capabil sau demn de iubire prin el însuşi. În sindromul de stres posttraumatic, ruşinea poate juca un rol major, în special dacă oamenii sunt ruşinaţi de modul cum reacţionează sau de cum fac faţă problemelor (Lee, Scragg şi Turner, 2001).

Ruşinea externă

Să ne reamintim faptul că mai sus am făcut o distincţie între ameninţări externe şi ameninţări interne. Această distincţie este importantă atunci când lucrăm cu ruşinea. *Ruşinea externă* se leagă de sentimentele pe care le putem avea atunci când ne gândim că ceilalţi se uită de sus la noi. Adică, în mintea celorlalţi, noi credem că creăm

un sine, care de fapt, „în mințile lor", nu este de dorit sau trebuie chiar respins. Așadar, rușinea a fost numită emoția expunerii (Lewin, 1992, 2003). Atunci când suntem sensibili la rușinea externă și fiind rușinați, atenția noastră este *în afara* a ceea ce se întâmplă în mințile celorlalți. Atunci când lucrăm cu rușinea, trebuie să urmăm de fiecare dată (să căutăm) amenințarea principală – nu doar părerile persoanelor deprimate despre ce cred ceilalți, ci ceea ce cred acestea că vor *face* ceilalți (de exemplu, să critice, să ignore, să respingă sau să rănească). Motivul pentru aceasta este acela că tocmai amenințarea principală este cea care te va lega de strategiile de protecție. O întrebare simplă, de tipul „deci care este amenințarea de bază sau cea mai mare spaimă în acest caz...?", poate fi de ajutor. Alți terapeuți pot întreba: „Ce vezi ca fiind cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla?", caz în care este implicată mai degrabă amenințarea decât centrarea specifică și limbajul.

Persoanele deprimate pot să nu dezvăluie multe lucruri despre sine, nu din cauză că nu știu despre ele, ci din cauza modului în care vor fi ele reprezentate în mintea lor *atunci când vor ști* despre ele. Gândiți-vă doar cât de mult din sinele dumneavoastră, incluzând aici gândurile și fanteziile, ascundeți de frica a ceea ce alții ar putea crede dacă ar ști ce se întâmplă în mintea dumneavoastră. Deci rușinea externă este puternic legată de frica de evaluări negative din partea celorlalți. Dacă îi poți face pe ceilalți să nu vadă aspectele nedorite ale persoanei tale, atunci ai putea să nu te simți amenințat prea tare, deși teama de a nu fi descoperite ar putea exista. Acest tip de rușine este comun în multe tipuri de tulburări și este o problemă *care depășește diagnosticul* (*transdiagnostică*). Oamenii își pot face probleme în legătură cu modul în care ceilalți îi percep și dacă ei ar putea să facă sau să spună ceva care să le atragă ridiculizarea („Doamne! El arată ciudat"), criticile și respingerea. S-a scris foarte mult despre faptul că anxietatea socială (pe care o au și animalele) se referă de fapt la anxietatea generată de rușine (de care animalele nu dispun).

Stigmatizarea

Ruşinea externă se leagă de teama de stigmatizare. De exemplu, o persoană poate că s-a împăcat cu gândul că are o boală mentală sau o orientare homosexuală, dar îşi poate face griji că alţii o vor respinge dacă vor afla. Pinel (1999) a inventat sintagma „conştientizarea stigmatului" pentru a se referi la grija că cineva va fi respins deoarece a fost identificat ca aparţinând unui grup stigmatizat. Astfel, femeile, oamenii care aparţin diverselor etnii, cei care provin din medii sărace sau needucate sau cei cu boli mentale sau dizabilităţi fizice ar putea să se teamă de respingere, deoarece sunt priviţi ca aparţinând unui grup „stigmatizat". Se tem că ar putea să nu fie judecaţi/interpretaţi aşa cum merită, ci văzuţi ca „unul dintre aceia". Deci aspectul deosebit de important este acela că oamenii pot avea temeri majore în legătură cu modul în care aceştia sunt percepuţi în minţile celorlalţi în relaţie cu o „identitate de grup", iar aceasta poate conduce la o mulţime de comportamente de siguranţă şi defensive. Acestea includ o concentrare mare a atenţiei asupra a ceea ce gândesc şi simt ceilalţi despre ei şi la eforturile de a ascunde sau de a compensa.

Este foarte obişnuit să afli că oamenii sunt ruşinaţi deoarece sunt deprimaţi şi sunt deprimaţi pentru că sunt deprimaţi. Acesta ar putea crede că depresia (asociată cu oboseala şi lipsa de motivaţie) reprezintă o dovadă de slăbiciune şi că ceilalţi îl vor privi de sus sau îl vor respinge ca nefiind bun de nimic – un nevrotic. De asemenea, întrucât depresia poate implica pierderea abilităţii de implicare în activităţile plăcute şi o oboseală constantă, oamenii deprimaţi se pot simţi neatrăgători în ochii celorlalţi. Aceştia ar putea simţi că sunt plictisitori sau că prezenţa lor poate fi o „frână" pentru ei – deoarece nu sunt atractivi.

Tipuri de căutare a confirmării şi sensibilitatea la ruşine

Căutarea liniştii, admiraţia (oglindirea) şi aprobarea sunt modalităţi tipice de a face faţă umilinţei. Nevoia de aprobare (aceea de a fi apreciat) reprezintă o nevoie cât se poate de umană, şi nu una patologică. În ultimul capitol am remarcat că nevoia de incluziune socială şi aceea de a fi apreciat, se leagă de sentimentul de siguranţă şi de acela de a avea încrederea că cineva poate cocrea roluri avantajoase. Aşadar, majoritatea oamenilor doresc să fie văzuţi ca atrăgători de către ceilalţi: de a fi *aleşi şi doriţi* ca prieteni sau iubiţi, de a fi selectaţi pentru un loc de muncă şi de a fi bine primiţi într-un grup (Gilbert, 1997, 2003; Leary, 1995). Dar şi sprijinul social (adică primirea semnalelor din partea celor din jurul nostru că suntem iubiţi, apreciaţi şi acceptaţi) poate avea efecte psihobiologie puternice. Aşadar, asemenea multor subiecte discutate, este vorba despre o echilibrare a capacităţii (şi abilităţilor) noastre de a obţine acceptul şi sprijinul celorlalţi, dar, în acelaşi timp, de a fi capabili să facem faţă conflictelor şi criticilor şi de a menţine un anumit sens al autonomiei noastre. Cu toate acestea, tipul şi măsura aprobării de care cineva are nevoie din partea celorlalţi, precum şi sentimentele despre „nivelul de acceptabilitate" al cuiva (PPAS-ul cuiva, vezi pp. 209-210) sunt subiecte comune în privinţa modului în care oamenii deprimaţi se raportează la ceea ce cred ceilalţi despre ei. Cu alte cuvinte, unii oameni sunt înclinaţi spre depresie dacă rezervele de acceptare se micşorează sau se transformă în respingere şi în critică.

Căutarea intimității

Mulţi terapeuţi au sugerat două strategii de căutare a acceptării în cazul persoanei predeprimate. Prima este centrată pe formarea unor legături puternice de apropiere care le vor asigura grija şi protecţia celor mai puternici. Arieti şi Bemporad (1980a, 1980b) au numit

aceste forme ale vulnerabilităţii *urmărirea celui dominant*; terapeutul existenţialist Yalom (1980) le-a numit *urmărirea salvatorului ultim*; Beck (1983) le-a denumit *sociotropice*; Blatt, Quilan, Chevron, McDonald şi Zuroff (1982) şi Blatt şi Zuroff (1992) se referă la ele ca fiind *anaclitice* şi *dependente*; teoreticienii ataşamentului se referă la ele ca fiind *ataşamente anxioase* (Mikulincer şi Shaver, 2004). În ultimul capitol am sugerat că acestea sunt legate de strategiile de protecţie de nivel scăzut/subordonat. În faza predeprimată, aceştia tind să fie agitaţi şi să prezinte un grad rezonabil de supunere în comportamentul lor social şi de *a evita ruşinea şi respingerea*. Astfel de comportamente de siguranţă (de exemplu, aderenţa, evitarea exprimării furiei şi a preferinţelor proprii, dar şi supunerea) pot de fapt să facă relaţionările şi mai problematice. Aceste comportamente de siguranţă pot deveni un focar de interes în cadrul terapiei. Depresia şi sentimentul de neputinţă apar atunci când oamenii simt că ei nu pot asigura acest obiectiv extrem de apreciat şi au un sentiment de ruşine (de exemplu, a fi slab şi nedorit). Pierderea unei relaţii importante activează strategiile de protest-disperare, iar oamenii se simt trişti, agitaţi (lipsa relaţiilor relaxante) şi lipsiţi de scop.

În timp ce asupra acestei strategii de „ataşament" există un consens general, că reprezintă o modalitate vulnerabilă în faţa depresiei, asupra celui de-al doilea tip de strategie există într-o mai mică măsură un acord. A doua strategie a fost legată de căutarea impresionării celorlalţi cu abilităţile şi talentele cuiva şi necesitatea unor niveluri ridicate de acceptare de tipul oglindirii. Arieti şi Bemporad (1980a, 1980b) au sugerat că aceşti oameni sunt mult mai puţin interesaţi de formele intime, apropiate de relaţionare, decât de realizarea unor „scopuri înalte" pe care ceilalţi le vor admira. Blatt şi colaboratorii (1982), precum şi Blatt şi Zuroff (1992) au insinuat că aceşti oameni sunt perfecţionişti şi autocritici, în timp ce Beck (1983) crede că este vorba despre o luptă crucială pentru autonomie. Aşa cum a fost menţionat în ultimul capitol, am sugerat faptul că acestea ar putea fi strategii de nivel înalt, centrate pe efortul de evitare a inferiorităţii prin

adoptarea anumitor standarde. Trăind după anumite norme de grup, excelând sau fiind acceptat (fie că este vorba despre comportamente, talent sau înfățișare) reprezintă un subiect general în privința depresiei (Dykman, 1998; Gilbert, 2005b).

Uneori oamenii pot avea un sentiment cronic de „a nu fi suficient de buni" și pot crede că criticile și respingerea sunt cât se poate de aproape. În modelul lui Dunkley, Zuroff și Blankstein (2006), astfel de oameni au „preocupări evaluative" și pot fi perfecționiști pentru a evita criticile celorlalți (vezi pp. 213-214). Sistemele lor de impulsionare pot fi activate peste măsură, iar aceștia se pot suprasolicita (de exemplu, să lucreze ore în șir), evitând activitățile și obiectivele mai personale. Semnalele de plăcere (și securitate) pe care aceștia le primesc datorită succesului pot da dependență, iar reglarea afectelor pozitive devine restrânsă. Pierderea de energie, secarea acesteia și incapacitatea de a continua sau nevoia de a lua o pauză le amenință obiectivele și identitățile de sine. Este foarte probabil ca ei să ascundă sentimentele de vulnerabilitate și dorințele de a fi îndrăgiți și împăcați. Aceasta se întâmplă în parte din cauza faptului că orice le amenință drumul spre succes și spre deținerea controlul reprezintă riscul de a experimenta *umilința*.

La fel de bun ca ceilalți? Rolul comparațiilor sociale

Aceste două strategii sunt legate prin accentul pe care îl pun pe comparația socială. Sentimentul nostru interior și experiența de sine pot fi puternic influențate de modul în care ne comparăm cu ceilalți. De fapt, comparația socială este una dintre cele mai vechi forme de cunoaștere/percepție socială și chiar și animalele se implică în aceasta. De exemplu, un animal trebuie să-și dea seama dacă este mai puternic sau mai slab decât un potențial adversar înainte de a decide dacă luptă sau fuge (Gilbert, Price și Allan, 1995). Subiectul comparației sociale (modul în care oamenii își obțin

propria valoare şi cum emit judecăţi despre aceasta) este generală în depresie. Există două tipuri diferite de comparaţii sociale, *superior-inferior* (legate de ierarhie) şi *la fel – diferit* (legate de apartenenţă şi conectare ; Gilbert, 1992). Într-adevăr, multe dintre emoţiile şi comportamentele noastre şi chiar obiectivele/scopurile vieţii sunt afectate de modul în care ne comparăm cu ceilalţi şi, în general, oamenii deprimaţi se compară pe sine foarte nefavorabil, văzându-se ca fiind atât inferiori celorlalţi, cât şi diferiţi sau izolaţi (Brewin şi Furnham, 1986 ; Gilbert şi Allan, 1998 ; Swallow şi Kuiper, 1988). (Pentru o imagine de ansamblu asupra comparaţiei sociale în raport cu sănătatea, vezi Buunk şi Gibbons, 1997). Din aceste motive, ruşinea este strâns legată de trăirea inferiorităţii şi subordonării (vezi capitolul 5).

Sally simţea în mod constant că prietenii ei aveau mame mai bune decât avea ea ; mamele lor păreau mai bine organizate şi mai puţin iritabile cu copiii lor. Ne-am concentrat împreună asupra gândurilor/percepţiilor ei şi una dintre idei (experiment comportamental) a trebuit să o discutăm în detaliu cu un prieten. Ea a fost surprinsă să vadă că prietenul ei avea preocupări asemănătoare şi devenise de asemenea iritabil şi epuizat. Sally a revenit la terapie extrem de uşurată, cu un nou set de idei (naraţiuni), potrivit cărora este greu să fii mamă şi că „nu sunt doar eu cea care se *străduieşte* uneori". Această conversaţie i-a înmuiat/atenuat sentimentul de „a fi singura care întâmpina aceste dificultăţi şi care se simţea inferioară".

Favoritismul părintesc îi poate face pe oameni extrem de conştienţi de problemele comparaţiei sociale, după cum se poate întâmpla şi în dinamicile competitive din şcoală şi în grupurile de prieteni. Kate era deprimată de înfăţişarea ei. Ea a spus că încă din şcoală a fost conştientă de existenţa unei „ierarhii a atractivităţii", unde cele mai drăguţe fete primeau mai multă atenţie şi păreau să fie mult mai fericite. Ea a petrecut mulţi ani simţindu-se umilită (ruşinată) din cauza comparaţiilor ei sociale negative cu ceilalţi, care erau întărite de imaginile prezentate în media. Era convinsă că doar prin creşterea gradului de atractivitate putea fi acceptată

de ceilalți, și atunci s-a simțit încrezătoare și fericită. Există dovezi potrivit cărora „atractivitatea" este un beneficiu uriaș în asigurarea multor obiective sociale (Etcoff, 1999).

Patternurile

Dacă urmăriți abordarea pe care am avut-o aici, atunci atenția este centrată pe patternurile și narațiunile minții. Cei mai mulți oameni deprimați vor avea diverse patternuri ale acestor două strategii și le manifestă în moduri diverse în diferite relații. De exemplu, am întâlnit oameni mai degrabă tirani acasă, dar supuși și lipicioși la serviciu cu șeful, sau care pot fi tirani la serviciu și docili acasă. Modul în care percepi o persoană deprimată în cabinetul de terapie poate fi diferit de modul în care familia o percepe.

Patternurile diferite de vulnerabilitate pot reflecta de asemenea diferențe de gen, cu femei care tind să fie mult mai sociotrope, cu atașamente anxioase și strategii de nivel scăzut. Aceasta nu este neapărat o cauză genetică, ci una socială, în care femeile tind să fie asociate cu sau să ocupe poziții mult inferioare. Atunci când ia naștere presiunea socială în societățile competitive, se schimbă de asemenea și patternurile de depresie în cazul femeilor, devin mult mai „asemănătoare bărbatului" în nevoia lor de a concura și de a-și demonstra valoarea.

Dacă reținem că depresia este legată de amenințare, atunci amenințarea umilinței care provine din sentimentele de inferioritate, excluziune și respingere este adesea obișnuită în multe tipuri de depresie. Cu toate că există diverse strategii pentru a face față amenințării deconectării sociale, subordonarea nedorită și exercitarea controlului asupra relațiilor sociale, amenințarea externă a umilinței (a nu fi apreciat în mintea celorlalți) este o temă obișnuită.

Lumea interioară a amenințării reprezentate de umilință, autocritică și frică

Beck și colaboratorii (1979) au sugerat că fluxul de gânduri negative, deprimante, se centrează pe trei domenii-cheie: sinele, lumea și viitorul. În ceea ce privește gândurile/percepțiile despre lume și, în special, despre lumea socială, am acoperit deja mai sus aceste aspecte. Aceasta ilustra diverse sisteme cognitive care sunt fixate pentru monitorizarea și evaluarea modului în care ne percepem ca „trăind în mințile celorlalți". Lumea externă nu este doar un loc al obiectelor și lucrurilor, ci și al altor minți. Astfel, ne-am concentrat pe anumite nevoi interpersonale (de oglindire, protecție și confort, acceptare, realizare, acceptare socială și apartenență). Acestea ne fac extrem de sensibili la rușine (externă). În această secțiune va trebui să luăm în considerare trăirea interioară a persoanei/sinelui deprimat, adică relația sinelui-cu-sine. În raport cu multiplele niveluri prezentate în capitolul 2, acestea reprezintă domeniile 3 și 4. Așa cum Beck și colaboratorii (1979) au remarcat, persoana deprimată resimte un flux de gânduri negative centrate pe propria persoană, care pot fi sau nu în prim-planul conștiinței. Astfel de gânduri și sentimente negative sunt adesea concentrate pe amenințare și modelate de sistemele de analiză a amenințării.

Modul în care ne percepem și cel în care interacționează componentele care alcătuiesc creierele noastre pot duce la apariția unor percepții negative ale sinelui – un sine conflictual. Aceasta reprezintă o potențială zonă vastă de explorare, astfel încât ne vom păstra atenția pe rușine și, în particular, pe rușinea internă – modul în care ne percepem „pe noi înșine" și ne poziționăm în raport cu furia, frica și/sau dezgustul. Un element important mult mai legat de psihopatologia depresiei este acela că noi am pierdut contactul cu sentimentul de sine coeziv și de dorit. Separarea dintre ceea ce gândim și simțim despre noi înșine și despre ceea ce credem că alții consideră despre noi se află într-o curgere

dinamică constantă, așa încât această separare a proceselor trebuie să se facă foarte lejer. Cu toate acestea, înțelegerea puterii umilinței interioare și, în special, aspectele autocritice și autoagresive ale umilinței interioare pot fi utile atunci când lucrezi cu oamenii deprimați.

Rușinea interioară: sinele rău, care merită pedepsit

Rușinea interioară este rușinea pe care o simțim despre noi înșine. Ea se leagă de modul în care analizăm și ne ocupăm de diversele aspecte ale ființei/sinelui și apoi încercăm să le controlăm, să le supunem, să le evităm, să le ascundem, să le compensăm sau chiar să scăpăm de ele. În cazul umilinței interioare încercăm să evităm astfel de aspecte personale care apar în mințile celorlalți: „Nu vreau să vezi asta la mine sau să mă cunoști în felul acesta". Rușinea interioară se leagă de sentimentele noastre: „Nu vreau să mă văd în acest fel sau nu vreau să fiu așa. Mi-e rușine și mă face neatrăgător în *ochii mei* prin propriile atribute, gânduri, sentimente sau comportamente". Așa cum s-a menționat, ne putem simți rușinați de *corpurile* noastre, de *sentimentele* noastre, de *fanteziile* și *gândurile* noastre sau chiar de propriile *trăsături* sau *abilități* și de *comportamentele* noastre.

Aceste umilințe interioare sunt, desigur, centrate pe amenințare și au propria istorie (Kaufman, 1989). Nu ne naștem rușinați, ci învățăm să ne rușinăm. Dintre toate animalele/vietățile/ființele, noi suntem cei mai dependenți de atenția acordată în viața precoce. Creierele noastre cresc și se maturizează rapid după naștere, iar conexiunile neuronale și sentimentul de sine (identitatea de sine) sunt modelate prin experiențele vieții. Din acest motiv am alocat o bună parte din timp analizând stilurile de atașament și de învățare din ultimul capitol. Există acum dovezi consistente privind faptul că abuzurile de diverse tipuri (sexuale, fizice, emoționale și verbale) pun bazele unui sentiment de a fi o „ființă rea" (Andrews, 1998;

Bifulco și Moran, 1998). Acestea pot fi traduse în amintiri emoționale condiționate, care nu sunt de fiecare dată ușor de exprimat. Este important totuși că ele pot da consistență creațiilor interioare, inclusiv viselor noastre.

Spaimele și visele. Cukrowicz și colaboratorii (2006) au descoperit că depresia și suicidul sunt legate de tulburările de somn și insomnie, iar un aspect al acestora este coșmarul (indicatori clari ai proceselor centrate pe amenințare în desfășurare). Beck (1967) a descoperit într-o cercetare timpurie că oamenii deprimați trăiesc adesea experiențe masochiste (adică supuse) în visele lor. În orice caz, aceste teme se referă adesea la faptul că persoana a făcut ceva greșit și atunci a fost pedepsită, persecutată sau chiar omorâtă. Jane a avut o mamă care o critica și, în cea mai mare parte a vieții, a avut „sentimentul de a fi cicălită" că ar fi făcut ceva rău și că, într-un fel, era rea. Ea „știa" că acest sentiment era irațional și că probabil era legat de comportamentul mamei, dar sentimentul nu a dispărut. În perioada depresiei a avut un vis. A visat că în „viața anterioară" a fost un torționar, iar acum depresia ei reprezintă o pedeapsă. Terapeuții specializați pe probleme psihodinamice ar putea privi aceasta situație ca pe o vină/teamă față de impulsurile ostile îndreptate spre mama ei. Este posibil, iar ea nu a fost împotriva unei astfel de posibilități. Cu toate acestea, ceea ce avea mai mult sens pentru ea era sentimentul de a fi rău; și pentru că a făcut lucruri rele (iar a fi un torționar însemna în opinia ei să fii foarte rău) va trebui să fie pedepsită; era o formă de memorie emoțională prezentă în visele ei. Avea sens pentru ea, deoarece a remarcat că, „fiind copil, am simțit adesea că am făcut ceva teribil și că mama mea ar fi furioasă pentru asta". Și, desigur, dacă mama era „furioasă", atunci indiferent ce ar fi făcut ar fi avut sentimentul că era ceva îngrozitor – la urma urmei, mama ta nu se înfurie din lucruri minore! Așadar visul era ca un ecou al acestor amintiri de a fi făcut ceva rău și prin urmare acest fapt trebuia pedepsit. Este foarte util în acest caz să se lucreze asupra imaginarului,

spunându-i mamei că „furia ta este complet inacceptabilă. Îmi faci asta deoarece ți-ai pierdut controlul și ai nevoie de ajutor. Îmi pare rău că ești așa de confuză, dar nu e vina mea" (vezi Hackmann, 2005). Lee (2005) pledează pentru o analiză cognitivă atentă a „creditului" acordat persoanei care a fost ostilă cu sine (de exemplu, sunt ei într-adevăr iubitori, buni observatori ai caracterului și se gândesc doar la ce este bine pentru tine), pentru a ajuta persoana să vadă că acuzatorii săi nu sunt credibili (vezi mai jos problema revoltei).

Acum câțiva ani, Lewis Wolpert a realizat o serie excelentă de documentare pentru BBC 2 pe tema depresiei, pe baza propriei depresii. Într-una dintre emisiuni, Chris Brewin a intervievat un bărbat care avusese un tată agresiv și care îl respingea. Și el relata un vis intens. El, împreună cu alții, era îmbrăcat în robă Ku Klux Klan și știa că urma să fie executat. Când una dintre persoanele de acolo i-a dat jos gluga, a văzut că era tatăl său. În visele noastre, spaimele pot fi foarte fantezist prezentate și pot fi legate de temeri arhetipale adânci (de exemplu, aceea de a fi pedepsit sau ucis). Vise ca acestea ne pot spune câte ceva despre scenariile interioare centrate pe amenințare și despre faptul că creierul încearcă să „fugă". Terapeuții în probleme psihodinamice vorbesc despre fantezii interioare de *persecutare* și temeri. În opinia mea, acestea sunt legate de amintirile emoționale și de strategiile de siguranță, inclusiv de strategiile naturale de răzbunare/revanșă ale cuiva.

Există multe tipuri de experiențe dureroase și acuzatoare care pot lăsa copiii cu amintirile emoționale ale pedepsei sau greșelii (ca cele întipărite de un părinte) și care îi pot face să simtă că sunt răi. Acestea sunt codificate ca scene interpersonale și interacționale. Tatăl lui David s-ar fi înfuriat și l-ar fi bătut. O perioadă importantă din viața sa el a avut acest „sentiment de fond" că ceva rău se poate întâmpla sau că el ar putea face o greșeală serioasă în orice moment, și atunci „ceva foarte rău se va întâmpla". Sally provine dintr-o familie cu probleme (mama ei a fost abuzată și a suferit instabilități emoționale, devenind furioasă și acuzatoare sau închizându-se în sine). Când Sally a devenit deprimată era în

acelaşi timp şi puţin paranoică, simţind că va veni poliţia la uşa ei pentru a o învinui de ceva îngrozitor şi a o aresta. Puteţi face aici tot felul de ipoteze – cum ar fi aceea că în copilărie ea îşi dorea ca cineva (de exemplu, poliţia) *să-i ia mama* şi să o ducă într-un loc sigur. În orice caz, important este să vezi care este experienţa trăită, cu alte cuvinte sentimentul de a fi considerat rău şi că ai făcut ceva rău – şi de aici şi ruşinea.

Carole fost crescută într-o familie abuzivă în interiorul căreia totul era o mare taină. Cel care abuza era de asemenea un bărbat extrem de crud, de care toţi membrii familiei se temeau şi căruia i se supuneau. Ea a trecut prin 15 ani de tratament psihiatric şi niciodată nu i-a dezvăluit identitatea. Chiar dacă cel care îi abuza murise, ea simţea că ar putea să o bântuiască. Au trecut multe luni înainte de a începe să arate aceasta. Atunci când a început să lucreze asupra acestor amintiri a fost copleşită de spaimă şi a simţit nevoia „să-i" ceară scuze pentru ce va spune. A început să plângă şi a vrut să oprească şedinţa de terapie, simţind că nu există nimeni care să o protejeze. Expunerea gradată la temerile ei, experimentele comportamentale şi răspunsurile declarative au fost de ajutor şi i-au oferit un suport terapeutic. Carole era de asemenea speriată să vorbească deschis şi să-şi recunoască propria ură faţă de el. Ideea este că uneori amintirile interioare umilitoare sunt asociate cu temeri intense de persecutare, pot provoca stări disociate intense (ca rezultat al contradicţiilor dintre a ataca şi a se supune), dar acestea pot fi pierdute din vedere dacă nu sunt analizate cu atenţie.

Diverşi terapeuţi vor explica aceste dificultăţi în diverse moduri. Terapeuţii în problemele cogniţiei de exemplu, vor înclina spre tipuri de convingeri fundamentale („sunt rău"), spre scheme şi spre metode sine-ceilalţi (Beck, 1996). Perspectiva mea este în termeni de emoţii condiţionate codificate ca amintiri interpersonale (Baldwin, 2005; Brewin, 2006; Greenberg şi Watson, 2006). Deoarece aceste amintiri sunt de ameninţare şi pedeapsă, legate de trăirile/sentimentele de a fi de vină pentru că era rea şi pentru că depresia activează sistemele de răspuns la ameninţare şi interpretare

a amenințării, acestea se pot întoarce să genereze experiența depresiei și să activeze strategiile de protecție. Clasificările psihiatrice care separă sindromul de stres posttraumatic (SSPT), depresia și anxietatea, ca fiind tulburări diferite, nu ne sunt de nici un ajutor în acest caz, deoarece aceste tipuri de depresie își pot afla rădăcinile în memoria traumatică. În orice caz, spre deosebire de amintirile traumatice SSPT, care tind să se centreze pe unul sau pe câteva evenimente intense, aceste tipuri de traume sunt legate de evenimente multiple și de stiluri de relaționare primare, în special al unei supuneri forțate față de o persoană dominantă și ostilă. Dacă le spui oamenilor că au o „boală" numită depresie și că au nevoie de medicație, pentru unii această afirmație constituie pur și simplu o alimentare a acestor sentimente că ceva este în neregulă cu ei. Cu toate că medicamentele pot fi foarte utile pentru unele persoane, trebuie foarte multă atenție în modul cum este explicată posibila lor utilizare.

Terapeuții în probleme cognitiv-comportamentale au realizat o incursiune în înțelegerea naturii memoriei traumatice (Brewin, 2006; Dalgheish, 2004; Lee, 2005) și au dezvoltat tratamente axate pe dezvăluire (Clark și Ehlers, 2004). Hackmann (2005) sublinia importanța și modalitățile de lucru cu amintirile timpurii pentru a-i ajuta pe oameni să se desensibilizeze și să capete un nou sens. În terapia centrată pe compasiune (vezi capitolul 11 al acestui volum; Gilbert și Irons, 2005), persoanele sunt învățate cum să-și dezvolte compasiunea pentru aceste sentimente și amintiri. Am dezvoltat înțelegerea pentru frica de a fi rău și pedepsit și înțelegerea pentru sentimentul de răzbunare ca apărare. Cu toate că aceste trăiri pot fi reprezentate în limbajul credințelor fundamentale („eu sunt rău"), trebuie lucrat cu *emoțiile condiționate* (vezi capitolul 4; Hackmann, 2005). Mesajul pe care îl primești în acest caz este acela că sentimentele profunde bazate pe rușine pot fi legate de memoria traumatică în care amenințarea intensă (de exemplu, din partea unui părinte) a fost asociată cu acela de a fi rău (așa cum ți s-a inoculat) și de a merita să fii învinovățit. Experiența emoțională conturează reprezentarea sinelui și identitatea

de sine, dar şi teoria noastră legată de centrarea asupra minţii. Mai mult, aceste amintiri pot afecta formarea psihobiologică a persoanei.

Lumea interioară a emoțiilor şi temerile noastre față de acestea

Este bine cunoscut faptul că putem dezvolta şi emoţii secundare, nu doar primare, în funcţie de modul în care le interpretăm (Leahy, 2002; Linehan, 1993). Oamenii pot fi neliniştiţi că ar putea deveni anxioşi, dacă cred că anxietatea lor ar avea un rezultat nociv major. În acest caz, ei dezvoltă comportamente de siguranţă pentru a evita să se simtă anxioşi şi atribuie dispariţia ameninţării comportamentului de protecţie (Salkovskis, 1996a). În orice caz, ne putem simţi ameninţaţi de posibila apariţie în noi a unei serii de emoţii şi fantezii. Aşa cum sugera Freud, lumea interioară poate deveni ameninţătoare faţă de sentimentul nostru de sine, cu toate că în zilele noastre avem moduri diferite de gândire în legătură cu ameninţările care apar din interior.

Deoarece avem abilităţi de formare a conştiinţei de sine şi a identităţii de sine, putem percepe o serie de stimuli (emoţii şi fantezii) ca ameninţări. Această ameninţare poate fi pentru persoana fizică (această anxietate va mări pulsul şi mă va omorî) sau centrată pe ruşine, pe o identitate de sine şi pe roluri sociale (această anxietate înseamnă că sunt o persoană slabă; mă va depăşi sau mă va face să-mi pierd controlul şi/sau alţii vor vedea asta şi mă vor respinge).

Leahy (2001, 2002, 2005) a subliniat că oamenii pot dezvolta o serie de reacţii negative ameninţătoare faţă de propriii stimuli interiori ai emoţiilor/motivaţiilor/dorinţelor şi fanteziilor – adică aceste trăiri interioare constituie ameninţări. Există multe povestiri legate cultural de această teamă de „apariţie a bestiei interioare", aşa cum se prezintă în filme precum *The Hulk*, filme de groază sau

în poveștile lui Dr. Jekyll și Mr. Hyde. Suntem fascinați de acestea deoarece ating temerile arhetipale fundamentale din noi. Carl Jung le-a numit „umbra". Aceste amenințări sunt legate de convingerile că anumite emoții/dorințe/fantezii ar putea deveni copleșitoare și ar putea să preia controlul, sunt derutante, fiind considerate rușinoase de alții, și de convingerea în fuziunea gând-acțiune (dacă mă gândesc la ea sau o simt, e la fel de rău ca și cum aș face-o). Comportamentele de siguranță pot implica încercarea de a nu te gândi la anumite lucruri, de a evita situațiile care scot la iveală anumite sentimente, de a ascunde sentimentele față de alții, de negare și disociere. Leahy clarifică faptul că rolul terapeutului implică izolarea și psihoeducarea în ceea ce privește complexitățile vieților noastre emoționale evoluate și conturate social; că putem avea sentimente/dorințe multiple și contradictorii (din cauza sistemelor paralele de analiză) față de același eveniment (de exemplu, putem fi furioși pe cineva pe care-l iubim), standardizări (adică „este de înțeles că te simți amenințat de aceasta, deoarece..."), dezvăluiri și validări. Empatia terapeutică și cordialitatea sunt cruciale pentru a nu activa rușinea („sunt prost că gândesc așa; terapeutul meu crede că sunt imatur cu emoțiile mele"). Terapeuții trebuie să fie într-un acord empatic cu pacientul, să aibă o înțelegere potrivită a emoțiilor și a subiectului înspăimântat (de exemplu, pacientul poate avea fantezii de răzbunare sadică înspăimântătoare) și să se simtă destul de sigur pe propriile emoții și pe „materialul ascuns" pentru a acționa ca un agent de *relaxare*. Terapeutul îl ajută pe client să-și (re)codeze lumea interioară ca fiind sigură în măsura în care, cât timp anumite emoții/fantezii sunt neplăcute sau ciudate, ele sunt normale pentru umanitatea noastră și le putem manipula odată ce le-am acceptat, nu mai luptăm să le reprimăm sau să le negăm sau ne etichetăm negativ ca o consecință a faptului că le avem. Ele pot fi de fapt surse importante de informații care trebuie studiate (Greenberg și Watson, 2006). Jung credea că „materialul ascuns" poate fi o sursă de vitalitate și creativitate dacă sunt abordate în anume moduri și integrate în minte.

Condiţionarea. Putem privi aceste dificultăţi altfel, bazându-ne pe condiţionare. Pentru unele persoane deprimate, terapeuţii vor fi conştienţi că unele emoţii/dorinţe se află sub influenţa inhibitorilor condiţionali (Ferster, 1973 ; Gilbert, 1992). Aşa cum am văzut în capitolul 4 (pp. 140-142), Ferster (1973) a subliniat faptul că dacă manifestarea supărării unui copil sau nevoia de afecţiune sunt constant pedepsite, aceasta va genera anxietatea şi frica de pedeapsă. Astfel, stimulii/sentimentele interioare de supărare/furie sau căutarea afecţiunii vor fi asociate cu teama până în momentul în care apariţia furiei/supărării sau a căutării afecţiunii vor declanşa automat un răspuns de teamă/anxietate condiţionată. În acest context, copilul ar putea neglija sentimentele de furie sau de căutare a afecţiunii, iar acestea ar putea fi utile în mod normal. În schimb, ei sunt conştienţi doar de anxietatea secundară condiţionată se stimuli, şi nu de sentimentele de furie sau de căutare a afecţiunii. Acest fapt poate avea repercusiuni importante în privinţa abilităţilor copilului de a recunoaşte anumite emoţii şi de a le maturiza pe căi utile.

Ruşinea stă în general la baza sensibilizării faţă de emoţiile interioare ale cuiva care pot părea confuze. Să ne reamintim faptul că oamenii sunt extrem de motivaţi să încerce să creeze sentimente pozitive despre sine în minţile celorlalţi – pe de o parte deoarece aceasta face ca lumea să fie mai sigură şi, pe de altă parte, deoarece facilitează oportunităţile de dezvoltare a relaţiilor pozitive cu cei care sunt favorabili prosperităţii noastre (de exemplu, prieteniile şi partenerii sexuali). Ruşinea, aşa cum am mai spus, este legată de sentimentul de a deveni o persoană nedorită – acea persoană în locul căreia nimeni nu-şi doreşte să fie. Aşadar, unul dintre motivele pentru care oamenii evită emoţiile dureroase este acela că, pentru a prelucra acele sentimente, sinele este condus acolo unde nu-şi doreşte să fie – el devine o persoană umilită şi vulnerabilă. Terapeuţii ar putea explica şi explora aceste aspecte cu clienţii lor şi să aducă la normal aceste sentimente.

Autocritica

Driscoll (1989) a subliniat faptul că autocritica are multe funcții – de exemplu, de a ne opri din a face greșeli sau de a ne conduce spre a face una. Cineva poate relaționa cu propriul sine (sau părți ale sinelui) în același mod în care relaționează cu ceilalți. De exemplu, cineva poate să placă sau nu pe altcineva, să fie util și să aibă grijă de cineva sau să-i ignore nevoile. Putem să ne iertăm greșelile sau să devenim extrem de frustrați și să ne *autocriticăm și să declanșăm un atac asupra propriei persoane*. Acest tip de relaționare de tipul sine-cu-sine are la bază abilitățile noastre de a avea conștiință de sine, metacogniții, de a forma identități de sine și de a vedea sinele ca „obiect". Există multe dovezi acum asupra faptului că autocritica se regăsește în multe tulburări, în special în depresie, și a fost un subiect central pentru mulți terapeuți (Blatt și Zuroff, 1992; Gilbert și Irons, 2005; Gilbert și Procter, 2006; Zuroff, Santor și Mongrain, 2005). Zuroff, Koestner și Powers (1994) au constatat faptul că gradul de autocritică în copilărie este un predictor al corecțiilor ulterioare. Oamenii cu psihoze care aud „voci care îi învinuiesc" pot considera faptul că vocea, cunoscându-le cele mai ascunse secrete și temeri, reprezintă o dovadă a omniprezenței acesteia. Ei confundă sistemele interne (sine față de sine) rușinoase cu sistemele externe de rușine-atac.

Depresiile autocritice pot fi dificil de tratat prin terapii standard (Rector, Bagby, Segal, Joffe și Levitt, 2000). Persoanele autocritice deprimate pot fi motivate să evite sentimentele negative prin suicid și prin utilizarea multor mijloace letale (Fazza și Page, 2003). Ele pot de asemenea să fie critice și cu ceilalți, în special dacă au fost criticate; adică prezintă tendințe puternice de răzbunare și de apărare a propriul statul în mod agresiv (Santor și Zuroff, 1997). Autocritica afectează abilitățile de formare a relațiilor de afiliere. Zuroff, Moskowitz și Cote (1999) au constatat că cei care au o nevoie ridicată de dependență sunt docili și își inhibă ostilitatea față de ceilalți. Persoanele autocritice, pe de altă parte, se pot

comporta în moduri ostile *şi* de supunere forţată, sunt relativ modeste în validarea celorlalţi şi au probleme în dezvoltarea relaţiilor de afiliere. Poate că în această situaţie sau în plus faţă de aceasta, Dunkley, Zurrof şi Blankstein (2003, p. 235) au sugerat că perfecţioniştii autocritici percep starea de indispoziţie cronică „deoarece ei percep ciondănelile minore în termeni catastrofali şi îi percep pe ceilalţi ca fiind vinovaţi, refractari sau refuzând să-i ajute în perioadele de stres". Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus şi Palmer (2006) au constatat faptul că autocritica şi lipsa abilităţilor de a se autoîncuraja mediază legătura dintre rememorarea educaţiei lipsite de afecţiune şi depresie în cazul studenţilor.

În mod repetat, ne întoarcem la modul în care diversele aspecte ale depresiei, incluzând autocritica, sunt legate de percepţiile şi aşteptările celorlalţi – deoarece nu este vorba de eşecul în sine care constituie de obicei ameninţarea, ci, pentru oameni, ameninţătoare sunt reprezentările interioare negative a ceea ce vor face ceilalţi. Ideea este că oamenii deprimaţi, în cazul cărora există atât o puternică ruşine exterioară (îi văd pe ceilalţi învinuindu-i foarte rapid, având amintiri emoţionale de acest tip) (Baldwin, 2005), cât şi o ruşine interioară, se confruntă cu probleme mari. Când lucrurile merg rău pentru ei sau fac greşeli, aceştia percep atât o lume interioară, cât şi o lume exterioară care devin în ostile şi îi învinuiesc. Nu există nici un loc sigur unde să se refugieze. Abilitatea de a se linişti prin concentrarea pe lucruri pozitive, activând amintiri emoţionale pozitive, sau de a cere ajutor de la ceilalţi este blocată. Dacă strategiile de răspuns la eşec pot fi activate prin atacuri, atunci atacul nostru asupra sinelui ar putea fi suficient ca să activeze această strategie.

O problemă-cheie în ce priveşte autocritica este că nu se poate scăpa de ea. Deoarece ea există în interior, nu există nici o posibilitate de a o ascunde de ochiul interior al cuiva. Oamenii se simt adesea captivi în propriile gânduri autocritice şi vor dori să scape de ele (Gilbert şi Allan, 1998; Gilbert *et al.*, 2003). Combinaţia de procese, sentimente de inferioritate, autocritică puternică, sentimente de captivitate şi dorinţă de a fugi de

autocriticile interioare ale cuiva a fost analizată într-un important studiu de către Sturman şi Mongrain (2005). Aceştia au studiat 146 de absolvenţi care au avut cel puţin un episod de depresie şi au fost supuşi unor interviuri clinice. Ei au măsurat de asemenea nivelurile de autocritică, modurile de a se compara social, sentimentele de captivitate cauzate de evenimente externe şi sentimentul de a fi prizonier al gândurilor negative. Autocritica a fost puternic asociată cu sentimentul de a fi prizonier al gândurilor negative proprii ($r = 0,60$) şi sentimentele de inferioritate ($r = -0,44$; minusul indică faptul că, pe cât e mai mic scorul, pe atât te simţi mai inferior). O descoperire importantă a fost că sentimentul de captivitate şi inferioritate media într-o măsură semnificativă legătura dintre autocritică şi episoadele depresive majore. Astfel, aşa cum sugerau aceşti cercetători, un mod autocritic poate dezvolta o varietate de motive, dar legătura sa cu sentimentele de inferioritate şi cu acela de a fi motivat să scape de propriile atacuri faţă de sine sunt esenţiale în depresie. Faptul că cineva nu poate scăpa de aceste autoatacuri interioare şi de sentimentele de inferioritate poate de asemenea să fie legat de sentimentele de singurătate şi de a fi iremediabil pierdut. Acestea sunt de asemenea o formă de *hărţuire interioară şi terorizare* constante, stări care sunt stresante.

Gilbert, Birchwood, Gilbert şi colaboratorii lor (2001) au analizat un proces similar prin compararea persoanelor deprimate care aveau gânduri critice cu persoanele cu psihoze, care auzeau voci ostile care îi învinovăţeau. Persoanele deprimate au fost rugate să identifice conţinutul gândurilor critice proprii, iar în majoritatea cazurilor acestea erau extrem de nefavorabile şi ruşinoase. Atât în cazul persoanelor deprimate, în raport cu propriile gânduri, cât şi în cazul celor care aud voci, în raport cu vocile, a existat o asociere clară între predominanţa şi intensitatea acestor gânduri/voci şi depresie. În plus, cu cât erau mai captivi şi mai motivaţi să fugă de aceste gânduri/voci, cu atât erau mai deprimaţi. Corelaţia dintre sentimentul de a fi prizonier al gândurilor critice

și depresie a fost r = 0,56. Corelația dintre dorința de a scăpa de gândurile critice și depresie a fost r = 0,45.

Învinși de propria critică

Oamenii se pot simți *hărțuiți interior*, terorizați, reduși la tăcere și învinși de propriile gânduri și sentimente negative și autoatacatoare. Greenberg și colegii săi (1990, p. 170) au indicat două aspecte ale acestei autorelaționări care apar adesea împreună și conduc la declanșarea depresiei:

> Bazându-ne pe observațiile noastre clinice, se pare că depresia este mult mai probabil să apară în cazul în care este declanșată autoorganizarea deficientă, fără speranță a unei persoane decât dacă sunt activate doar sinele critic și percepțiile negative. Este mult mai probabil ca răspunsurile persoanei la percepțiile negative și la incapacitatea de a face față autocriticilor să conducă la depresie decât dacă luăm în considerare doar percepțiile și criticile. Oamenii sunt incapabili să contreze sau să combată percepțiile negative atunci când a fost declanșată starea de neajutorare deficientă. Aceasta se întâmplă când apare stimulul deprimant.

În opinia mea, în acest caz problema apare atunci când autocritica activează strategiile de protecție de tip inferioritate-supunere-înfrângere, cu aspectele lor de blocare și reducere a atenției; trebuie spus că autodisprețuirea, ca semnal generat intern, poate stimula strategiile de protecție care evoluează pentru a face față celor ostili din jurul nostru. Dovada provine dintr-o multitudine de surse. Whelton și Greenberg (2005) au măsurat nivelurile de autocritică ale studenților folosind Chestionarul Trăirilor Depresiei. Apoi i-au rugat pe studenți să stea pe un scaun și să se imagineze stând pe scaunul din fața lor și să se critice. Apoi au fost invitați să schimbe scaunele și să răspundă la autocritici. Cei duri în autocritică adesea s-au *supus* (au fost de acord) cu autocriticile,

au exprimat ruşine şi posturi umile (aplecaţi cu capul în faţă, ferindu-şi privirea), cu feţe triste, simţindu-se slabi şi incapabili să-şi contraatace autocriticile. Cu alte cuvinte, profilurile de tipul supunerii şi înfrângerii au fost activate *de propriile atacuri*. Celor care aveau o autocritică scăzută le-a fost uşor să-şi scoată din minte propriile critici.

Motivul pentru care oamenii nu pot face faţă sau nu pot să se apere în faţa autocriticii şi se simt învinşi de aceasta se leagă de o serie de factori care includ intensitatea, focalizarea şi tipul autocriticii. Autocritica este o formă de *relaţionare* sine-cu-sine, în care o parte a sinelui o găseşte vinovată, o acuză, o condamnă sau chiar o urăşte pe cealaltă parte. Din cercetările noastre (Gilbert, Clarke, Kempel, Miles şi Irons, 2004), am aflat că există două funcţii ale autocriticii. Una este de a stimula o persoană – să încerce mai mult şi să evite să facă greşeli, să se autocorecteze şi să se autoperfecţioneze. Un sentiment de eşec apare atunci când persoana se simte pur şi simplu incapabilă de a mai continua să facă un anumit lucru. Cealaltă formă de autocritică este aceea de a se răni din cauza dezgustului de sine sau a urii, cu o dorinţă de a încerca să scape de anumite părţi ale sinelui. Cei care sunt autocritici constructivi nu neapărat se displac sau se urăsc, ci simt că trebuie să-şi „folosească" autocritica în forma unui instrument de asigurare a propriei corectări. Cu toate acestea, barajul neîndurător al autocriticii este deprimant. O parte a rolului consilierului este, prin urmare, de a ajuta clientul: a) să recunoască măsura denigrării sinelui şi a dialogurilor negative cu sine (de exemplu, „sunt un eşec, sunt plictisitor, sunt inutil"); b) să se gândească de ce se critică pe sine (funcţiile; amintirile emoţionale); c) să transforme această relaţionare negativă a sinelui-cu-sine într-o relaţie cultivată, tolerantă şi compătimitoare a sinelui-cu-sine (Gilbert şi Irons, 2005; vezi şi capitolul 11 al acestui volum).

Autocritica privită ca o strategie de siguranţă

Cu peste un secol în urmă, filosoful Nietzsche (1844-1900) a sugerat că nimeni nu se învinuieşte fără a avea o dorinţă ascunsă de răzbunare. Freud (1917) a adoptat aceeaşi idee în lucrarea sa *Doliu şi melancolie*, atunci când a argumentat faptul că depresia este de fapt furia orientată spre interior (Ellenberger, 1970). Aceasta se întâmplă deoarece, exprimând furia faţă de alţii de care o persoană este dependentă, ar putea să-i rănească şi să-i îndepărteze. Aceasta poate fi privită altfel în relaţie cu strategiile de securitate supuse şi dinamicile puterii (Gilbert, 1984). Dacă cineva este mult mai puternic decât tine şi este ameninţător sau critic cu tine, iar tu nu poţi scăpa de el, atunci care este cea mai bună strategie de apărare? Dacă îl critici şi îţi manifeşti furia, acest lucru te poate face să întâmpini probleme şi mai mari. O apărare docilă ar fi autocontrolul şi încercarea de a te asigura că nu faci lucruri care să-i întreţină furia şi să se învinuiască pe sine dacă procedezi în acest fel (dacă tu îi acuzi, aceştia vor fi mult mai furioşi!). Ne învinovăţim în parte deoarece, atunci când ne monitorizăm, încercând să ne controlăm reacţiile/comportamentele astfel încât să evităm furia celorlalţi, aceştia sunt furioşi probabil din cauza reacţiilor/comportamentelor noastre. Prin criticarea ieşirilor/comportamentelor noastre putem vedea unde „am greşit" şi putem încerca să procedăm mai bine data viitoare.

Fiica mea, Hannah, care este antropolog, mi-a atras atenţia asupra acestor procese la nivel cultural, remarcând faptul că acest stil este obişnuit în unele religii, în special acolo unde divinităţile sunt văzute ca puternice şi potenţial ostile. Odată ce am construit aceste divinităţi puternice care pot controla lumea astfel încât toate beneficiile şi nenorocirile să cadă asupra noastră, atunci următorul lucru este să-i aducem în interior ca agenţi de încredere. Dacă putem face asta, atunci aceştia nu vor trimite asupra noastră bolile şi foametea. Aşadar, câteva sacrificii sau supunerea faţă de legi îi vor linişti. Dacă lucrurile merg rău – culturile se usucă, bolile

ucid copii –, de cele mai multe ori oamenii nu-și învinovățesc divinitățile și le abandonează, ci se întreabă ce au făcut ei pentru a le supăra și cum se pot căi. Poate chiar un comportament și un sacrificiu mult mai docile? Acestea sunt comportamente de siguranță extrem de convergente. Ca și în cazul altor comportamente de siguranță și convingeri (Salkovskis, 1996a), dacă nu apar boli, iar viața pare frumoasă, atunci aceasta se explică prin faptul că divinitățile sunt mulțumite de noi sau că sunt de partea noastră. În acest fel sunt păstrate convingerile. Motivul pentru care s-a remarcat acest fapt aici este acela de a puncta ideea că autoînvinovățirea nu este (doar) o deformare cognitivă sau poate chiar patologie, așa cum se poate crede, ci acționează pentru individ, sau chiar pentru întreaga societate, ca un comportament de siguranță. Este legată de dinamicile puterii.

Forrest și Hokanson (1975) au descoperit autocritica și autoînvinovățirea, în calitate de comportamente defensive/de siguranță (împăciuitoare), care sunt legate de eforturile de calmare a sinelui și *a celorlalți* în situații conflictuale. Acești doi cercetători au analizat înclinația persoanelor deprimate și nedeprimate spre a folosi comportamente de autopedepsire ca răspuns la conflictele interpersonale (agresiune în complicitate). Ei au măsurat excitarea fiziologică în cazul conflictelor, precum și modul în care excitarea se schimbă în funcție de modul în care persoana a răspuns provocării îndreptate către ea. Una dintre măsurătorile lor a fost rata de autoadministrare a șocurilor electrice ca răspuns la comportamentele agresive din partea celorlalți. Au constatat de asemenea că rata principală a răspunsurilor de autopedepsire era mult mai mare în cazul grupului de persoane deprimate, comparativ cu grupul de persoane nedeprimate. Aceștia au sugerat că aceasta indică un registru stabilit anterior (autoatacarea), pentru a putea face față agresiunii provenite *din partea celorlalți*. Au mai găsit de asemenea dovezi privitoare la faptul că autopedepsirea, sau emiterea unui răspuns prietenesc (împăciuitor), în confruntarea cu agresiunea celorlalți, a avut proprietăți de reducere semnificativă

a excitării pentru persoanele deprimate, dar nu şi pentru persoanele nedeprimate. Cu alte cuvinte, autoagresiunea şi liniştirea pot reduce excitaţia asociată confruntării în cazul persoanelor deprimate, dar nu şi în cazul persoanelor nondeprimate. Forrest şi Hokanson (1975, p. 355) afirmă:

> Descoperirile experimentale indică faptul că cea mai mare reducere a excitației pletismografice a avut loc în grupul persoanelor deprimate atunci când a fost emis un contrarăspuns autopunitiv (sau prietenesc) față de o complicitate agresivă. Grupul persoanelor nondeprimate au prezentat corecții comparabil mai rapide doar în urma unui contrarăspuns agresiv.

Aceasta i-a condus spre a propune că:

> ...pacienții deprimați au învățat să facă față mediului şi tensiunilor interpersonale folosind comportamente de autopedepsire şi/sau comportamente negative, iar aceste comportamente au avut succes în gestionarea traiului de zi cu zi. Cu timpul, când tensiunile conjuncturale au crescut, acest registru comportamental limitat putea fi invocat până la un punct în care se putea deteriora serios funcționarea adecvată, iar aceşti oameni puteau manifesta episoade de depresie clinică sau *masochiste* (p. 356, s.n.).

Ideea că autoînvinovăţirea este un comportament de siguranţă a fost de asemenea analizată de Trower, Sherling, Beech, Horrop şi Gilbert (1998). Ei le-au rugat pe persoanele anxioase din punct de vedere social, dar şi pe celor anxioase însă neadaptate social să interacţioneze într-o conversaţie cu un partener prin intermediul unei camere video. Partenerul strica însă regulile conversaţiei, întrerupând şi schimbând subiectul. Când au vizionat mai târziu filmul, persoanele care nu erau anxioase social au acuzat partenerul de aceste încălcări ale regulilor, în timp ce persoanele anxioase social s-au învinovăţit pe sine. Anxietatea socială reprezintă un factor binecunoscut de vulnerabilitate pentru unele depresii, iar aceste date se potrivesc cu cele furnizate de Forrest şi Hokanson (1975).

Stilul autoînvinuitor va creşte în mod evident probabilitatea de a se simţi ruşinat în anumite contexte.

Se ştie de asemenea că maimuţele supuse se vor întoarce adesea şi vor încerca să se apropie de animalele dominatoare care le-au ameninţat sau rănit, exprimând comportamente de supunere, cum fac de obicei, până când partea dominantă îi mângâie sau îi lovesc uşor, acest gest indicând reconcilierea (se mai numeşte şi fugă întoarsă). Este un mod prin care supusul poate reduce intenţia ostilă a dominantului. Discuţii suplimentare ale defensivelor docile ca moduri de calmare atât personală, cât şi a părţii dominante se pot găsi în Gilbert (2000b).

Sentimentele de ruşine interioară şi autocritica

Ruşinea şi autocritica nu sunt doar gânduri negative, ci sunt percepute prin emoţii puternice. Terapeuţii în probleme cognitive se concentrează adesea pe consecinţele gândurilor negative (de exemplu, sentimentul de deprimare), şi nu pe emoţia *gândurilor prin ele însele*. În orice caz, emoţia existentă *în* gândurile autocritice este cea care pare să se lege cel mai bine de dificultăţile emoţionale. O modalitate uşoară de provocare a perceperii sentimentului în cazul ruşinii şi al autocriticii este aceea de a întreba: „când te concentrezi pe gândurile autocritice, care este principala emoţie legată de acestea – cum le simţi sau le percepi în minte?". O serie de studii au constatat că ruşinea este asociată cu furia faţă de sine şi faţă de ceilalţi şi poate fi contemplativă sau distructivă (Gilbert şi Miles, 2000; Tangney, Wagner, Barlow, Marshall şi Gramzov, 1996).

Power şi Dalgleish (1997) au remarcat faptul că dispreţul de sine vine să întreţină ruşinea. Lewis (1992) afirma că ruşinea poate apărea atunci când părinţii manifestă un dispreţ faţă de comportamentul copilului; adică acesta percepe faptul că a generat

un sentiment de dezgust în mintea părintelui. În opinia mea, dezgustul este implicat în unele probleme care privesc autocritica şi ruşinea, dar nu în toate. Reacţia afectivă de dezgust a evoluat pentru a face faţă eliminării şi evitării substanţelor nocive. Dezgustul se referă la corp, excreţii corporale şi substanţe contaminate. Atunci când oamenii simt o ruşine centrată pe dezgust, aceasta are în vedere în general unele aspecte ale corpului şi este percepută ca interioară. Dorinţa cea mai mare este de distrugere, de scăpare, de eliminare şi purificare a cuiva (Gilbert şi Irons, 2004). Cu toate că sunt puţine dovezi, relaţia dezgust-ruşine pare să fie comună în cazul celor care au suferit un abuz sexual. În cadrul acestor percepţii, oamenii pot simţi ceva „oribil" în ce-i priveşte şi îşi doresc să-l elimine sau să se elibereze de acel ceva. Din acest motiv, ruşinea faţă de propriul corp este evidentă în aceste cazuri (Andrews, 1998). Dispreţul este legat de dezgust, dar centrarea este pe sentimentul de a fi de foarte joasă speţă. Este asociat cu termeni de genul „patetic". Sentimentele de dezgust şi dispreţ faţă de propria persoană sunt de asemenea legate de ura de sine (Gilbert, Clarke, Kempel, Miles şi Irons, 2004).

Diferenţele dintre sentimentul de a fi o persoană „nepotrivită", „rea" şi „oribilă" sau o persoană „care merită dispreţ" sunt subtile şi importante, deoarece acestea indică structuri emoţionale diferite faţă de perceperea sinelui şi ar putea necesita intervenţii terapeutice diferite (Gilbert şi Irons, 2005). Dacă se lucrează numai cu convingeri fundamentale şi scheme, aceste subtilităţi se pot pierde din vedere. Terapia centrată pe compasiunea faţă de sine a fost dezvoltată în parte pentru a se putea lucra direct cu emoţiile întâlnite *în cadrul* autocriticii (Gilbert şi Irons, 2004; vezi de asemenea capitolul 11 din acest volum).

Autocritica este deci un proces complex cu origini, localizări şi emoţii diferite. De asemenea, poate genera spaime majore dacă se renunţă la ea. Autocritica constructivă ţine tot de autocritică, deoarece acestea sunt văzute drept căi de evitare a erorilor şi căi prin care poţi avansa. Unii le urmează deoarece reprezintă un

comportament de siguranță obișnuit. Cei care suferă de un dispreț de sine bazat pe dezgust și autocritică nu le vor accepta, deoarece sunt concentrați pe încercarea de a scăpa de sentimentele de dezgust și dispreț. A învăța să „accepte" sentimentele de frică și anxietate sau chiar depresie (Hayes *et al.*, 1996; Linehan, 1993) poate fi chiar mai ușor decât a învăța să lucreze cu sentimentele de dezgust față de propria persoană. Consilierii care urmează o abordare analitică *funcțională* vor ști cum să exploreze aceste schimbări împreună cu clienții și nu se vor lăsa convinși că acestea sunt doar rezultatul unor „distorsiuni" cognitive sau al unor „erori de raționament".

Un model pentru rușine

Posibilitatea de a ne simți rușinați a evoluat, deoarece suntem o specie care ne formăm o conștiință și o identitate de sine. Noi căutăm acceptarea socială pentru a ne simți în siguranță, ne angajăm în societate și aparținem acesteia, concurăm pentru o poziție socială și ne implicăm împreună cu ceilalți în formarea unor roluri sociale avantajoase. Cum se transformă eforturile noastre și ce vom face dacă nu ne putem simți în siguranță în mințile celorlalți se poate ilustra printr-un model simplu (vezi figura 6.1).

Din prima zi a vieții avem nevoie de ceilalți pentru a avea grijă de noi, nu numai pentru că vor influența supraviețuirea noastră, dar în același timp astfel de semnale (împreună cu genele) vor contura de fapt tipul de gândire pe care o vom dezvolta; persoana care vom deveni. Cheia pentru toate acestea este generarea unor sentimente pozitive pe care le putem stârni celorlalți în privința noastră. Ne naștem cu dorințe dezvăluite și competențe (de exemplu, conștiința de sine și teoria minții) care se maturizează în ființe sociale complexe, capabile să cocreeze, să conducă și să relateze identitățile noastre de sine pentru a se încadra în ecologiile sociale, locale.

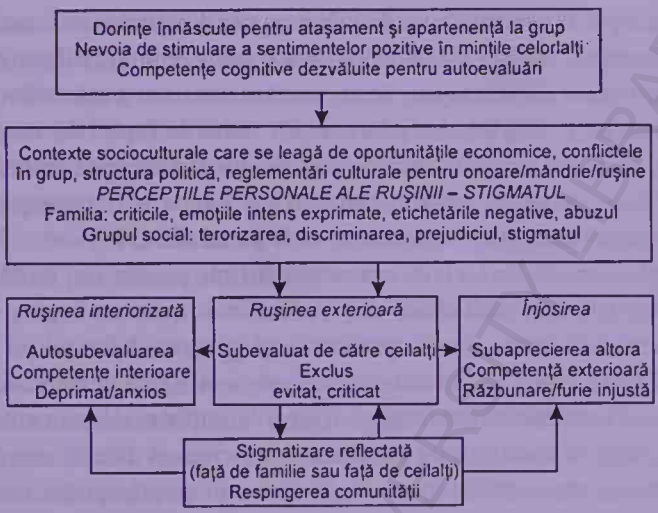


Figura 6.1. *Un model biopsihosocial şi evoluţionist al umilinţei*

Adaptat după Gilbert, 2002, p. 34, reprodus cu permisiunea editurii Routledge.

La următorul nivel se află procesele sociale care influenţează trăirile *personale*. Copiii sunt legaţi de activităţile educative ale părinţilor, care pot fi grijulii, liniştitoare şi pline de iubire sau ostile, critice, abuzive şi neglijente. Aceste experienţe incipiente vor da sau nu naştere amintirilor bazate pe emoţiile utile ale celorlalţi, grijulii sau ameninţătoare (Kaufman, 1989), dar şi pe modelele interpersonale care vor veni să regleze sistemele de autoorganizare (Baldwin, 2005). Aşa cum am afirmat mai sus, elementele-cheie pentru toate acestea pot fi amintirile pline de ruşine, care structurează percepţiile propriei persoane ca fiind rea sau că a făcut ceva rău. În acest domeniu social larg al relaţiilor de prietenie, indivizii pot percepe grupul la care se raportează fie ca aprobativ şi încurajator, fie ca agresiv. Agresivitatea colegilor poate fi o percepţie comună în cazul ruşinii, în special atunci când agresiunea implică excluderea sau ridiculizarea – atacuri asupra farmecului cuiva sau a poziţiei sale sociale (Hawker şi Boulton, 2000). Cât despre dinamicile de grup aflate dincolo de relaţiile prieteneşti apropiate, contextele

sociale pot fi percepute ca dăunătoare sau discriminatorii pe baza apartenenței etnice, trăsăturilor fizice (de exemplu, diformități), preferințelor (de exemplu, homosexualitatea) sau a talentelor (ori a lipsei lor). În plus, indivizii se pot teme de faptul că ar putea fi făcuți de rușine și stigmatizați, nu neapărat din cauza abilităților personale ca atare, cât din cauza fricii lor de a fi catalogați ca aparținând unui grup stigmatizat – a fi „unul din ei" (Pinel, 1999). Astfel, contextele sociale favorabile rușinii provin din condițiile locale, istorice, culturale, dar și din condițiile ecologice care influențează interacțiunile personale și generează fondul pe care oamenii încearcă să se maturizeze și să-și satisfacă nevoile sociale și să-și contureze identitățile. Culturile injuste și/sau care dau naștere la competiții între persoane, care creează discrepanțe mari de putere, care creează avantaje, în care unii au prea puțin, iar alții prea mult, creează o zonă mai mare în care poate apărea rușinea și ridică rata îmbolnăvirilor mentale și a crimelor (Arrindell *et al.*, 2003; Wilkinson, 1996).

Punctul central al acestui model este așadar *rușinea externă*. Aceasta apare atunci când lumea este percepută ca nesigură (iar ceilalți ne vor respinge), iar oamenii vor adopta strategii defensive. Dacă apărarea aleasă este supunerea (iar aceasta poate fi declanșată în primă fază inconștient), aceasta va avea ca urmare un nivel ridicat de autoanaliză, tipuri de autoatribuire și eforturi pentru reglarea percepțiile și minimalizarea nedreptăților din partea celorlalți (Gilbert și Irons, 2005; Gilbert și Miles, 2000; Keltner și Harker, 1998). Astfel de indivizi tind să se concentreze pe inferioritatea lor relativă și pe relativa putere (sau lipsa ei) de a rezista celorlalți, iar autoînvinovățirea poate fi mult mai sigură decât învinovățirea celor mai puternici (de exemplu, divinitățile sau părinții), care se pot răzbuna (Gilbert, 2005a). Aceasta nu înseamnă că persoanele rușinate, care au adoptat mecanisme de apărare supuse, nu simt furia, așa cum s-a menționat mai sus, ci că ei simt furia atât îndreptată către sine, cât și către ceilalți.

O strategie de apărare alternativă la amenințările sociale este aceea de a manifesta agresiunea, în special în mediile în care

supunerea este foarte puțin probabil să cauzeze dificultăți și amenințări mai mari. Aceasta poate fi privită ca un răspuns externalizat la *înjosire*, care se centrează pe „ceilalți sunt răi", cu dorințe de răzbunare (Gilbert, 1998a). Esența răspunsului înjositor provine din furie ca mecanism automat de apărare față de dispreț, reproș sau respingere. În argou, aceasta înseamnă a fi „discreditat", iar aceasta necesită dezvoltarea unei reputații a cuiva „cu care nu este bine să te pui" (Ahmed și Braithwait, 2004). Înjosirea și rușinea nu se exclud reciproc, iar oamenii pot oscila între ele. Persoanele care resimt rușinea ar putea să identifice furia celor care i-au rănit, iar persoanele care percep înjosirea ar putea identifica temerile și vulnerabilitățile care sunt păstrate în afara conștiinței, cu furia. Dacă oameni pot sau nu să-și schimbe poziția și să recunoască emoțiile pe care le-au evitat depinde de cât de siguri se simt în relație cu ceilalți atunci când îi analizează (Greenberg și Watson, 2006).

În final, putem remarca faptul că în culturile în care sistemele de rușine și respect sunt strâns legate de comportamentele pe care le asociază cineva, problemele legate de reflectarea rușinii/respectului (modul în care, de exemplu, comportamentul familiei sau al grupului meu poate fi umilitor pentru mine, iar comportamentul meu îi poate umili) devin ieșite din comun și atunci sistemele de apărare și de vindecare a rușinii sunt legate de dinamica puterii din cadrul relației și de tezele culturale referitoare la respect și la recăpătarea acestuia (Lindisfarne, 1998).

Acest model de proces descriptiv plasează pe o poziție centrală semnificația modului în care am perceput și percepem încă „mintea celorlalți", precum și comportamentul lor față de noi în diverse domenii, atât intim, cât și social. Pe acest model, rușinea nu poate fi destructurată de dinamicile sociale în care există și nici de nevoile noastre dezvoltate față de siguranța socială și de implicarea celorlalți în diverse roluri sociale (pentru o analiză mai detaliată, vezi Gilbert, în curs de apariție).

Viața este grea

Am afirmat în capitolul 1 că sărăcia este puternic legată de depresie. Deşi aspectele psihologice ale depresiei sunt importante, nu trebuie să subestimăm faptul că pentru unii oameni *viaţa este grea* şi pur şi simplu îşi epuizează resursele pentru a face faţă problemelor. Trebuie să evităm reprezentările simple, cum ar fi credinţa că dacă cineva devine deprimat probabil este ceva în *interiorul* lui care a mers prost (fie că această este o schimbare negativă în gândirea lor, fie o schimbare în chimia creierului). Dacă trebuie să facem ceva legat de epidemia depresiei, atunci trebuie ca atenţia la factorii sociali să fie maximă. Aşa că uneori am putea încerca să sprijinim şi să stimulăm posibilităţile de coping ale oamenilor printr-un sprijin indus, empatizând „cu aceştia" şi ajutându-i în rezolvarea problemelor. Cu toate acestea, dacă oamenii simt că fac o treabă bună în situaţii dificile, aceasta îi poate feri de ruşine şi de depresie. Aceasta se întâmplă atunci când oamenii simt că nu pot face faţă problemelor şi, în ciuda greutăţilor vieţii (care nu sunt din vina lor), cred că este ceva în neregulă cu ei, că ar trebui să se descurce mai bine decât o fac sau că sunt păguboşi şi rataţi – iar toate acestea sunt asociate cu depresia. Ne putem gândi la modul în care diverse culturi alimentează aceste convingeri şi percepţii.

Concluzie

Acest capitol a fost unul lung deoarece am încercat să punem cap la cap mai multe lucruri. În acest capitol am subliniat faptul că suntem o specie care, la fel ca şi alte specii, urmăresc anumite obiective sociale. Spre deosebire de alte specii, noi am dezvoltat un set complex de abilităţi pentru tipuri de conştiinţe de sine, metacogniţii, teoria minţii şi nevoia unor identităţi de sine coerente, care se potrivesc contextului cultural. Suntem o specie profund dependentă de ceilalţi din prima zi a vieţii noastre. Toate abilităţile dezvoltate

de noi au evoluat deoarece ne-au ajutat să ne adaptăm mai bine lumii sociale în care trăim şi odată cu evoluţia acestor abilităţi a evoluat şi lumea socială în care trebuie să ne adaptăm. Nevoile noastre de iubire şi abilităţile de a oferi iubire şi atenţie ne fac capabili să găsim noi modalităţi de a trăi în lumea care poate fi aspră şi indiferentă faţă de suferinţă. În orice caz, noi suntem cumva o specie tragică, deoarece conştiinţa noastră de sine nu se poate elibera uşor de stimuli/motive şi strategii (pentru iubire, protecţie, acceptare, apartenenţă, răzbunare, disperare) care s-au dezvoltat acum mult timp. Trăirile noastre acţionează ca nişte călăuze spre obiective care sunt încă primitive ca formă, iar strategiile noastre de protecţie pot modela foarte puternic organizarea internă a minţilor noastre. Tragediile provocate de războaie şi bolile mentale sunt în mare măsură urmarea modului în care minţile noastre găsesc dificil să urmeze raţiunea şi compasiunea atunci când patternurile de tipul ameninţare-protecţie sunt activate. Putem acţiona, forţaţi de sentimentele noastre, chiar atunci când ştim că e iraţional să acţionăm astfel.

Cât despre psihoterapie –, ne putem întreba de ce, la urma urmei, există aceasta? Cum poate mintea unei persoane să aibă un astfel de impact asupra minţii altei persoane? Există un singur motiv – că ne-am dezvoltat gândiri extrem de sensibile faţă de relaţiile în care sunt implicate. Aceasta se reflectă în nevoile noastre de ataşament, protecţie şi educaţie, intersubiectivitate şi în nevoia noastră ca alte minţi să ne ajute să ne maturizăm, să ne dezvoltăm, să ne echilibrăm şi să ne modelăm identităţile de sine – exact în modul în care genele noastre se exprimă. Este împotriva acestui context faptul că psihoterapeuţii pot lucra în modul în care o fac – să-şi folosească minţile pentru a vindeca şi a ajuta minţile clienţilor lor. Aşadar, multe forme de psihoterapie caută să ofere speranţă, să găsească moduri de exercitare a unui anumit control asupra minţilor primitive; să înfrunte anxietăţile noastre cu curaj; să nu acţioneze sau să ne judece pe noi şi pe ceilalţi după cum ne spun emoţiile noastre să facem; să găsească modalităţi de gândire, de a simţi şi de comportament care să oprească (în acest caz) durerea strategiilor defensive ale depresiei.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PARTEA A II-A

Procesul din cadrul parcursului terapeutic

Primele şase capitole au explorat diverse modalităţi de a conceptualiza depresia. Pornind de la aceste cunoştinţe, suntem în măsură să analizăm procesele implicate în lucrul cu pacienţii ce suferă de depresie, începând cu importanţa dezvoltării unei relaţii *terapeutice* şi a unei adevărate conlucrări.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 7

Relația terapeutică și conlucrarea în consiliere

Relația terapeutică rezultă din întâlnirea și interacțiunea minților umane. Astfel, ea este o relație emergentă ce se bazează pe contribuția ambilor parteneri implicați. Cu toate că astăzi este larg acceptată ideea că relația terapeutică este un ingredient major al succesului terapiei, există diferite perspective asupra modului în care relația terapeutică își exercită impactul (Freeman și McCloskey, 2003; Liotti, 2007; Norcross, 2002). Zuroff și Blatt (2006) evidențiază patru alternative posibile prin care relația terapeutică își face simțită influența. De exemplu, în unele abordări centrate pe client, se consideră că modul în care terapeutul creează condițiile propice astfel încât pacientul să își exploreze universul interior este definitoriu pentru producerea schimbării mai curând decât orice alte tehnici specifice.

Cea de-a doua perspectivă, comună abordărilor psihodinamice, susține că ceea ce se petrece în mintea terapeutului, pe măsură ce explorează mintea pacientului împreună cu acesta, este crucial pentru a declanșa schimbarea. Deosebit de importantă este capacitatea terapeutului de a fi conștient de reacțiile pe care le provoacă în mintea pacientului (transfer) și de ceea ce se declanșează în universul său interior (contratransfer). Toate acestea sunt considerate indicatori ai dificultăților pe care le întâmpină clientul. Modul în care terapeutul operează cu aceste interacțiuni dinamice și cu aceste constructe elaborate în colaborare influențează instalarea

unor procese mentale la nivelul inconştientului şi mai departe, al intuiţiei şi progresului.

Cea de-a treia perspectivă, mai degrabă comună celor care practică terapiile cognitiv-comportamentale, consideră că relaţia terapeutică este importantă deoarece o relaţie de ajutorare bazată pe încredere creează bazele *colaborării* orientate spre rezolvarea obiectivelor terapiei. Punctele „forte" ale terapiei constau în noul proces de învăţare (de exemplu, prin înţelegerea legăturilor dintre gândire şi emoţii şi exersarea tehnicilor de schimbare a modului de a gândi, angajarea în experimente comportamentale, expunerea şi practicarea strategiilor de combatere a gândurilor obsesive).

Cea de-a patra perspectivă consideră că o relaţie pozitivă este produsul unor astfel de intervenţii ajutătoare. Odată ce persoanele depresive se simt mai bine, sentimentele lor faţă de terapeut se transformă şi ele în mod pozitiv. Astfel, schimbarea ar fi cea care prognozează experienţa relaţiei terapeutice, şi nu invers. Dacă toate acestea au un sâmbure de adevăr, există dovezi care întăresc ideea că tocmai calitatea iniţială a relaţiei terapeutice este la rândul ei în egală măsură de natură să influenţeze rezultatele în terapia depresiei (Zuroff şi Blatt, 2006). Adevărul este că procesele care compun o relaţie nu sunt liniare (nu sunt de tipul cauza A duce la efectul B), ci mai degrabă reciproce şi dinamice.

O înţelegere mai profundă a modului în care funcţionează o relaţie terapeutică, prin interacţiuni de tipul „de la minte la minte", va avea loc în urma unei evaluări mai pertinente a felului în care a progresat mintea noastră în raport cu o serie de interacţiuni sociale specializate, a unor studii ale „teoriei minţii" şi intersubiectivităţii în contextul terapiei (Fonagy şi Target, 2006; Stern, 2004; Trevarthen şi Atiken, 2001), a unei înţelegeri a proceselor de raportare şi interacţiune socială (Miranda şi Anderson, 2007), a unei mai bune înţelegeri a rolurilor jucate de mijloacele de comunicare nonverbală (Dreher, Mengele, Krause şi Kämmerer, 2001), a procesării inconştiente a indicativelor unor relaţii (Baldwin, 2005) şi a modului în care schemele interpersonale dintre terapeut şi

persoana depresivă sunt activate în interacțiunile constructelor create în colaborarea dintre aceștia în cadrul relației terapeutice (de exemplu, un terapeut încrezător în sine va interacționa într-un mod diferit cu persoana depresivă, față de, să spunem, un terapeut nesigur – Leahy, 2007).

Dacă admitem că în mare parte mintea persoanei depresive se găsește sub influența unor strategii de protecție, atunci rolul terapeutului este să acționeze printr-o diversitate de moduri pentru a încerca să se angajeze în aceste strategii și să le reducă intensitatea. De aici rezultă că o parte a rolului terapeutului este să îndrume o persoană depresivă să abordeze și să treacă prin tipuri de experiențe de care poate să se teamă sau pe care le consideră tulburătoare sau care i-au declanșat o diversitate de strategii de protecție (ce întreții tulburarea), pentru a o ajuta să se adapteze. Deseori, în cazuri relativ simple, acesta nu este un lucru greu de realizat. Extrem de eficiente sunt interacțiunile dirijate cu blândețe, acțiunile de susținere, concentrate pe psihoeducație și pe rezolvarea asistată a problemelor, precum și lucrul bazat pe terapii comportamentale și cognitive. În cazul altor pacienți, care prezintă dificultăți cronice mai serioase și care sunt copleșiți de dileme de viață majore sau cu un *background* problematic, lucrurile pot fi mai complicate. Pentru unii, perspectiva schimbării poate să implice unele riscuri (de exemplu, în ceea ce privește o relație sau un mod de viață), teama de schimbare în raport cu identitatea sinelui, teama de a pierde controlul și, pentru alții, spaima și confruntarea cu sentimentul rușinii. Într-adevăr, este posibil ca terapeutul să se confrunte cu teama de amenințare experimentată de pacient (și lipsa siguranței) în situații specifice (Gilbert, 1993). Când este vorba despre confruntarea amenințărilor, terapeutul poate să recurgă la asumarea unei multitudini de roluri: educator, mentor, antrenor, agent de validare, autoritate care stabilește limitele, personaj care exercită un efect liniștitor; de asemenea, poate să ridice moralul, să inspire, să susțină, să fie un punct de sprijin, să încurajeze și, în același timp, să fie pur și simplu o ființă umană căreia i se împărtășesc anumite experiențe dureroase.

Relaţia terapeutică este baza potrivită pentru cogenerarea unor patternuri de interacţiune între minţi care întâlnesc alte minţi şi fiziologii care influenţează alte fiziologii. Ceea ce persoana depresivă exprimă faţă de dumneavoastră este posibil să vă întristeze, să vă înfurie sau să vă alarmeze, iar felul în care veţi reacţiona faţă de dezvăluirea acestor experienţe va avea un impact semnificativ asupra minţii şi a patternurilor fiziologice ale persoanei depresive. Din aceste considerente, dar şi pentru alte motive, terapeuţii atrag atenţia asupra nevoii noastre de a fi atenţi şi „conştienţi" de momentul prezent în cadrul procesului terapeutic (Katzow şi Safran, 2007; Morgan, 2005).

Oricât de îndreptăţită ar putea fi o persoană să fie depresivă (de exemplu, din pricina evenimentelor din copilăria sa, a întâmplărilor trăite, a unui mod de a gândi şi de a rezolva problemele), odată ce se află în această stare, ea este prinsă în „strategii de protecţie", care s-au dezvoltat pentru a atenua afectul pozitiv, iar acum îi invadează orice experienţă pe care o trăieşte prin secătuirea vitalităţii (energiei) şi pierderea abilităţii de a se simţi conectată şi în siguranţă în universul social; aceste persoane se simt claustrate, izolate şi alienate (Liotti, 2007). Cum putem să pătrundem în această lume şi să încercăm să reactivăm sistemele pozitive? Cum putem să ajutăm persoana depresivă (şi aceste sisteme pe baza cărora funcţionează creierul) să se simtă în siguranţă, astfel încât să renunţe la diferite strategii de protecţie şi să se angajeze în participarea la propria experienţă de viaţă? Indiferent dacă sunteţi un terapeut care se concentrează asupra gândurilor, comportamentelor, relaţiilor sau a „semnificaţiei şi scopului" urmărite, dacă nu reuşiţi să intraţi în contact cu aceste sisteme esenţiale ale afectului şi să aprindeţi scânteia unei vieţi noi în interiorul pacientului vostru, atunci eforturile dumneavoastră pot fi zadarnice.

Cum putem să transmitem sentimentul de siguranță și să creăm o bază de protecție

Necesitatea de a crea o bază de siguranţă în interiorul căreia să se poată desfăşura munca de consiliere este un punct comun al multor terapii (Holmes, 2001). Astfel, sarcinile noastre sunt în primul rând să încercăm să transmitem sentimentul de siguranţă *odată cu noi*, prin orientarea spre o atitudine în mod esenţial prietenoasă şi deschisă, o tonalitate plăcută a vocii, expresii faciale agreabile (zâmbind şi surâzând), oferind o cafea sau un ceai şi admiţând că teama la începutul consilierii este firească. Toate acestea sunt menite să facă persoana în cauză să se simtă în largul ei în prezenţa noastră. Apoi, este de datoria noastră să creăm un climat suficient de încurajator, în care povestea poate fi explorată şi istorisită şi, în timp, suficient de sigur pentru a explora motivele ce cauzează ruşine sau frică şi să ne angajăm în rezolvarea sarcinilor terapiei. În acelaşi timp, vom încerca să transmitem pacientului ideea că experienţele sale vor fi „în siguranţă" în mintea noastră şi nu ne vor pricinui nici o suferinţă sau prejudiciu şi nici nu ne vor transforma în persecutori. Teama unei persoane deprimate că va răni, copleşi sau împinge terapeutul într-un univers al disperării este de multe ori mult mai comună decât se recunoaşte (O'Connor, 2000). Aşadar vom încerca să transmitem ideea că suntem siguri pe noi în privinţa sentimentelor noastre şi putem „avea grijă singuri de noi". Întrucât oamenii au experienţă în legătură cu procesele mentale, ei vor fi atenţi la aceste aspecte în ceea ce vă priveşte. Acest lucru poate să fie extrem de important pentru cei care au fost preocupaţi toată viaţa de ceea ce gândesc ceilalţi despre ei şi au încercat să nu fie o „pacoste" pentru cei din jur sau care se tem că motivul care îi face să se ruşineze faţă de voi o să vă facă şi pe dumneavoastră să daţi înapoi.

A doua metodă de a induce un sentiment de singuranţă este să ajutăm persoana depresivă să se simtă suficient de confortabil încât să îşi exploreze singură gândurile; o siguranţă care să-i

permită să evolueze de la protecţie şi diverse forme de evitare emoţională spre expunere, explorare şi angajare. În acest caz, convingerile despre emoţiile sale intime pot fi cruciale (Leahy, 2002). Indiferent dacă ne concentrăm asupra conştientizării atente, a descoperirii îndrumate sau a formelor de expunere, aproape toţi terapeuţii împărtăşesc aceeaşi opinie, şi anume că evitarea anumitor sentimente şi comportamente poate genera apariţia unor probleme.

Indiferent că oamenii evită anumite comportamente din pricina emoţiilor pe care le vor declanşa, de teama consecinţelor sau a eşecului, vom încerca să creăm un sentiment de siguranţă suficient pentru ca pacientul să îşi asume riscuri, să exploreze noi comportamente şi să îşi însuşească noi aptitudini de a face faţă problemelor. În acest context, de obiectivele *pozitive* pe care şi le fixează în viaţă o persoană depind nu doar reducerea gândurilor negative şi a tendinţelor de evitare, ci şi descoperirea schimbărilor în viaţă şi trecerea la acţiune.

Aşadar există diverse domenii de siguranţă pe care terapeutul şi persoana deprimată caută să le creeze în cooperarea lor. Acestea ajută persoana depresivă să înainteze de la strategiile de protecţie bazate pe închidere în sine, care au pus stăpânire pe ea, la perceperea minţii unei alte persoane ca fiind puternică, gata să ajute şi să protejeze, pentru a merge mai departe după ce a dobândit o nouă înţelegere a modului în care minţile noastre lucrează şi aleg căile care conduc la starea de bine. Există diverse aptitudini care ne pot ajuta în aceste demersuri.

Procesul

Relaţiile terapeutice de succes îşi au originea în trei aspecte-cheie. Acestea sunt: a) *legătura* formată între psihologul consilier şi client; b) *ţintele* şi obiectivele procesului de consiliere; c) *sarcinile* şi acţiunile îndeplinite de consilier şi de client pentru a atinge ţintele propuse (Bordin, 1979; Dryden, 1989b). Natura acestora

se modifică pe măsură ce terapia avansează. Problemele care apar pe parcursul consilierii sunt uneori datorate dificultăților întâmpinate în îndeplinirea uneia dintre aceste trei condiții. De exemplu, este posibil ca un client să se teamă de dumneavoastră, să nu aibă încredere sau (pentru că îi este rușine) să nu fie deschis față de dumneavoastră. Sau s-ar putea să fie dificil să cădeți de acord cum ar trebui să se desfășoare consilierea; altfel spus, asupra sarcinilor și a lucrului în timpul terapiei (de exemplu, monitorizarea gândurilor în terapia cognitivă, asocierea liberă în terapia psihanalitică sau lucrul cu familia în terapia de familie). Este util să se dezvolte o formulare de comun acceptată și să se stabilească o gamă de obiective (vezi capitolul 8), dar acestea se pot modifica sau clientul ar putea să le accepte cu docilitate, dar să nu își asume un angajament real față de ele. Stabilirea legăturilor și angajarea în îndeplinirea sarcinilor și țintelor pot să ia ceva timp, însă va fi unul folosit eficient. Acest lucru se realizează ajutând clientul să exploreze temerile și motivele pentru care merită să încerce să rezolve unele sarcini (de exemplu, să vină la întâlniri în mod regulat sau să exerseze ceva anume în afara ședinței de consiliere) și să analizeze cu atenție care sunt avantajele oferite de efortul de a se schimba. În mod obișnuit, persoanele depresive consideră că o sarcină ar putea să nu fie utilă sau, chiar dacă este utilă, ele nu vor fi capabile să o ducă la îndeplinire, vor da greș și le va fi rușine. Ele trebuie ajutate să înțeleagă că astfel de temeri și stresuri sunt normale și că sarcinile sunt un fel de experimente – faci o încercare și vezi ce se întâmplă.

Împărtășirea unei înțelegeri comune a obiectivelor și sarcinilor unei terapii și câștigarea acceptului de a merge mai departe într-un anumit mod poartă numele de *contract și conlucrare terapeutice.* În cazul în care consilierea nu merge bine, este indicat să se revadă unele aspecte ale relației terapeutice și ale contractului. Este posibil ca anumite probleme apărute la aceste niveluri să vă împiedice pe dumneavoastră și pe client să *lucrați împreună.*

Relația terapeutică este asemenea unei bărci cu care ați pornit să navigați într-o călătorie care traversează anumite etape (Hardy

et al., 2007). Egan (2002) evidenţia un model general de consiliere, care se poate aplica celor mai multe abordări. Aceste etape cuprind:

1. *Scenariul prezent.* Aceasta este prima etapă în cadrul procesului de consiliere. Acum, consilierul se concentrează asupra obiectivelor de bază, şi anume să îşi determine clientul să-şi spună povestea, să dobândească înţelegere în ceea ce priveşte dificultăţile actuale şi să dezvolte o relaţie adecvată.
2. *Scenariul preferat.* Aceasta este cea de-a doua etapă. Consilierul discută şi identifică ţintele, scopurile şi obiectivele consilierii împreună cu clientul. Toate acestea sunt susţinute deseori de o formulare clară şi acceptată de amândoi. Tot acum sunt specificate obiectivele pozitive pe care clientul ar dori să le atingă şi felul în care ar dori să facă acest lucru. Terapeutul acţionează atât ca o sursă de speranţă şi consiliere, cât şi în calitate de antrenor care îl pregăteşte să facă faţă realităţii.
3. *Atingerea ţintei.* Acum, consilierul şi clientul se concentrează asupra sarcinilor de a atinge ţintele şi obiectivele în privinţa cărora au căzut de acord şi se îndreaptă spre finalizarea terapiei.

Fiecare dintre aceste etape poate fi în continuare subdivizată, luând în considerare mai multe aspecte, cum ar fi opunerea rezistenţei şi blocajele în faţa schimbării (Leahy, 2001, 2004). Diverse abordări terapeutice traversează aceste etape, punându-se accentul în mod special pe interpretări, evaluări şi convingeri ale clienţilor, dar, în acelaşi timp, pe comportamente-cheie, cum ar fi evitarea socială, emoţională sau o slabă participare la activităţi. După o trecere în revistă a literaturii de specialitate rezultată în urma cercetării, putem afirma că Hardy şi colaboratorii săi (2007) au evidenţiat un model al schimbărilor care au loc în etapa de început (timpurie), în cea de mijloc şi în cea de sfârşit ale terapiei. Ingredientele-cheie ale relaţiei terapeutice diferă în funcţie de etapa în care se află terapia; de exemplu, când ajutăm o persoană să se angajeze în terapie de la bun început *versus* cum să se facă faţă dificultăţilor dureroase dezvăluite la mijlocul terapiei.

Atributele relației terapeutice

Freud era de părere că relaţia terapeutică ar trebui să intermedieze asocierea liberă de idei, în aşa fel încât să înlesnească dezvăluirea materialului inconştient faţă de terapeut, iar acesta să îl poată interpreta. Pe parcursul acestui proces au loc diverse transformări importante ale relaţiei (cum ar fi transferul, de exemplu) (Miranda şi Anderson, 2007). Cu toate acestea, de ceva timp, mai mulţi terapeuţi au renunţat să îşi mai centreze terapia asupra materialului inconştient. Unul dintre aceştia a fost Carl Rogers (1957). Acesta a fost unul dintre primii psihoterapeuţi care au pus accentul pe calitatea relaţiei dintre consilier şi client, văzută ca o sursă de vindecare. El sublinia faptul că, dacă terapeutul ar crea relaţia corectă pentru client, acesta din urmă ar fi capabil să descopere modalităţi de a se ajuta şi vindeca singur. Autorul argumenta că „cea mai bună" relaţie terapeutică ar trebui să includă trei elemente esenţiale: 1) empatie bine dozată; 2) concordanţă, sinceritate şi „autenticitatea consilierului"; 3) perspectiva necondiţionat pozitivă. Aceste atribute vor genera după toate probabilităţile sentimentul de siguranţă.

Se ştie că pregătirea şi personalitatea terapeutului contribuie substanţial la construirea relaţiilor terapeutice (Gilbert, Hughes şi Dryden, 1989; Leahy, 2007). S-a scris mult despre natura empatiei bine dozate şi despre ce anume antrenează aceasta (Goldstein şi Michaels, 1985); vom reveni la acest subiect. Aceste atribute, pe care Rogers ne-a ajutat să le identificăm, au fost astăzi adoptate ca ingrediente-cheie ale tuturor relaţiilor terapeutice (Kirschenbaum şi Jourdan, 2005). În plus, au existat dezbateri pe tema noţiunii formulate prin sintagma „autenticitatea consilierului." Acest lucru înseamnă că un consilier ar trebui să se comporte firesc şi să nu mascheze sentimente sau să pretindă că le are. Totuşi, alţii sunt de părere că există limite în privinţa nedisimulării sentimentelor în consilierea terapeutică şi pun la îndoială valoarea exprimării sentimentelor negative (cel puţin a unora dintre acestea) faţă de clienţi (Kahn, 1985), îndeosebi când este vorba despre clienţi

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

depresivi. În general, nu ar trebui să existe o „*persona* terapeutică" la care consilierul să recurgă atunci când este faţă în faţă cu clientul. Şi nici nu ar trebui ca psihoterapeutul să îşi activeze un mod de relaţionare detaşat şi preocupat strict de tehnica urmărită. Faptul că un client îşi poate da seama că „persoana" reală a consilierului este „cu el" în timpul şedinţei asigură o experienţă interpersonală importantă (Greenberg, 2007). Această experienţă se caracterizează prin atenţia neîntreruptă şi concentrată acordată clientului şi interacţiunii (Stern, 2004). Acest lucru este important în mod deosebit în cazul persoanelor depresive, deoarece acestea se simt adesea izolate şi separate de ceilalţi şi cred că celorlalţi nu le pasă de ele sau că nu le vor înţelege.

Atmosfera în timpul terapiei ar trebui să fie dominată de sentimente de căldură şi protecţie, încurajând astfel explorarea şi angajamentul, în locul uneia de detaşare axată pe aspectele tehnice (Leahy, 2005). Consilierul încearcă să asigure o atmosferă de veritabilă grijă şi preocupare, şi nu să îndeplinească un „rol centrat pe îndeplinirea misiunii". Acest tip de experienţe, în opinia lui Rogers, era în acelaşi timp necesar şi suficient pentru a-i permite clientului să descopere înăuntrul său soluţiile pentru propriile probleme. Cu toate acestea, relaţiile sunt cu siguranţă constructe create în colaborare şi chiar şi cel mai empatic terapeut ar putea să nu fie perceput ca fiind suficient de grijuliu de către unii pacienţi. Prin urmare, este mai corect să spunem că este important mai degrabă modul în care terapeutul şi clientul interacţionează, astfel încât pacientul să fie ajutat să perceapă atitudinea terapeutului ca fiind protectoare, deschisă faţă de împărtăşirea problemelor şi înţelegătoare. Cu toate acestea, pentru unele persoane, chiar şi aceste experienţe pot fi resimţite într-un mod nefiresc şi neliniştitor (Gilbert, 2005a). Apelând la o abordare fondată pe mentalităţi sociale, Liotti (2007) a evidenţiat faptul că pacienţii pot fi schimbători în ceea ce priveşte crearea rolurilor, alternând între cel ce caută protecţia, cel ce cooperează şi cel de competitor. Felul în care terapeutul identifică aceste „schimbări", precum şi reacţia sa pot fi factori importanţi ce influenţează rezultatul final şi procesul consilierii.

Deşi Rogers nu dezbate acest aspect în profunzime, ambianţa poate fi de asemenea importantă pentru clienţi, iar aceasta ar trebui să fie în acelaşi timp relaxantă şi cât se poate de constantă. Unii clienţi pot deveni confuzi dacă terapeutul schimbă încăperile în care se desfăşoară şedinţele sau mută locul pieselor de mobilier. Aceasta poate constitui o problemă pentru personalul NHS, care uneori este nevoit să desfăşoare şedinţele de terapie în orice încăpere se întâmplă să fie în momentul respectiv. Multe aspecte depind de natura şi gravitatea depresiei.

Aspecte-cheie 7.1. *Relația terapeutică*

1. Consilierul recunoaşte elementele de bază ale relației terapeutice şi modul în care diferă aceasta de alte tipuri de relație.
2. Consilierul terapeut înțelege procesul terapiei şi rolul pe care îl au legăturile, sarcinile şi obiectivele, precum şi natura acestora de constructe create în colaborare.
3. Consilierul înțelege terapia ca pe un traseu pe care îl parcurg ambele părți implicate, care se va schimba în timp.
4. Consilierul alocă timp şi spațiu pentru explorare şi „invitația" la dialog.
5. Consilierul manifestă deschidere, sinceritate şi o perspectivă pozitivă şi nu îşi judecă niciodată pacientul.

Aptitudini colaterale

Una dintre inovaţiile majore în privinţa căreia Rogers a contribuit la stimularea interesului şi cercetării a fost cea a „aptitudinilor colaterale". Acestea reprezintă elemente specifice, identificabile în cadrul interacţiunii dintre consilier şi cel consiliat (Ivey şi Ivey, 2003). Înainte de a începe orice tip de abordare terapeutică (fie ea cognitivă, comportamentală sau psihodinamică), consilierul ar trebui să deţină o pregătire profesională solidă şi o bună înţelegere

a acestor elemente. În continuare vom analiza câteva dintre cele mai importante, însă recomandăm consultarea cărţii lui Ivey şi Ivey (2003) pentru o abordare exhaustivă.

Atenţia

Să înveţi să acorzi atenţie şi să asculţi *cu adevărat* ceea ce spune pacientul şi felul în care o spune este o aptitudine. Există două tipuri de atenţie : una este concentrată spre exterior, asupra clientului, iar cealaltă este concentrată spre interior, asupra gândurilor şi sentimentelor care iau naştere în propria minte. Atenţia exterioară implică o varietate de comportamente prin care se exprimă interesul acordat pacientului, cum ar fi contactul vizual corespunzător, observarea comportamentului nonverbal şi ascultarea activă, observarea tonalităţii vocii, a modurilor în care pacientul se exprimă, schimbarea subiectului în discuţie şi încărcătura emoţională a relatării (consilierul este absorbit şi interesat de experienţa/povestea pacientului). Consilierul poate studia comportamentul nonverbal al pacientului, cum ar fi schimbările subtile, pe măsură ce povestea este depănată (de exemplu, pacienţii care au sentimentul de ruşine ar putea să privească în jos şi să-şi împingă bărbia în piept când povestesc o experienţă care îi face să se simtă astfel). Alţi indicatori nonverbali pot fi strângerea pumnului sau a maxilarelor când relatează anumite întâmplări. Acordarea unei atenţii pline de grijă faţă de „persoană ca întreg" (nu numai faţă de conţinutul verbal, dar şi faţă de poziţia corpului şi inflexiunile vocii) oferă o imagine mai complexă a unor posibile procese interne. În mod evident, totuşi, contactul vizual al terapeutului cu pacientul nu ar trebui să însemne o privire fixă sau ameninţătoare. Cercetările legate de comunicarea nonverbală atât în privinţa pacientului, cât şi a terapeutului evidenţiază anumite interacţiuni complexe, care pot influenţa rezultatele (de exemplu, vezi Dreher *et al.*, 2001).

Atenția direcționată spre interior implică o formă de conștientizare constantă. Katzow și Safran (2007) sugerează că această conștientizare înseamnă să înveți să acorzi atenție proceselor interne proprii fără a le judeca. Această atitudine îl ajută pe terapeut să devină conștient de gânduri, sentimente și acțiuni *pe măsură ce ele iau naștere* în momentul respectiv. Ea implică o cultivare a atitudinii de curiozitate autentică în legătură cu propria experiență internă a individului în momentul când aceasta se desfășoară, având în același timp capacitatea de a respinge orice idee preconcepută care i-ar putea veni în minte în timp ce dialoghează cu pacientul. Consilierul ar trebui să nu judece și să nu fie autocritic față de gândurile și sentimentele care sunt generate și în același timp trebuie să aibă suficientă forță interioară încât să își păstreze propriile gânduri și sentimente, fără a le exterioriza.

Comportamentul nonverbal

Deocamdată suntem la începuturile cercetării în ceea ce privește explorarea impactului comportamentului nonverbal în consiliere, dar se știe că influența acestuia este profundă (Dreher *et al.*, 2001). Expresiile faciale și poziția corpului contribuie la transmiterea senzației că terapeutul „este prezent" alături de client. Comportamentul nonverbal ajută la realizarea unui climat emoțional favorabil consilierii și a unei atmosfere călduroase. Terapeutul își propune să fie relaxat, binevoitor, o prezență caldă și în același timp să nu fie nepăsător sau detașat. În general, dacă urmează să întâlnim o persoană ce reprezintă o autoritate sau pe cineva de care avem nevoie (de exemplu, medicul de familie), în mod firesc, ne vom forma primele impresii pe baza comportamentului său nonverbal – modul în care ne privește, expresia feței și atitudinea sa în ansamblu. O preocupare-cheie a unui pacient este următoarea: „Oare mă simt în siguranță și în largul meu în prezența acestei persoane? Pare să fie o persoană căreia pot să-i vorbesc și în care pot avea încredere?".

Întrebări deschise şi întrebări închise

O întrebare deschisă este o invitaţie adresată pacientului de a-şi spune povestea şi de a explora înţelesurile ei. De exemplu, după introducerea iniţială, aţi putea face o invitaţie de genul: „Mă întreb dacă am putea să începem prin a-mi spune în câteva cuvinte ce v-a determinat să veniţi astăzi aici". Consilierii care abordează terapiile cognitive folosesc un anume tip de întrebări deschise, numite întrebări socratice, care includ cuvinte precum „ce" şi „cum". De exemplu, o întrebare tipică în terapia cognitivă, „La ce vă gândeaţi atunci?", este o întrebare deschisă. Alte exemple sunt: „Ce aţi înţeles din această experienţă?"; „Cum v-a afectat chestiunea aceasta?". Întrebările închise urmăresc să scoată la iveală mai multe informaţii specifice şi sunt în mod obişnuit folosite pentru diagnosticare: „De cât timp vă simţiţi deprimat?"; „Îmi puteţi spune dacă aveţi probleme cu somnul?"; „Luaţi vreun tratament medicamentos?". Întrebările închise nu îl invită pe pacient să formuleze sau să povestească propriile semnificaţii (în afara necesităţii de a stabili un diagnostic) şi ar trebui să fie folosite cu multă cumpătare. Mulţi terapeuţi cu puţină experienţă ştiu să manevreze cu iscusinţă aceste întrebări închise şi dirijate spre un anumit răspuns, în schimb sunt mai puţin pricepuţi la întrebările deschise, ce reprezintă adevărata bază a consilerii terapeutice.

Încurajări discrete

Deseori, pacienţii s-ar putea să aibă nevoie de un imbold, de scurte exclamaţii care să-i încurajeze să îşi continue dezvăluirile. Acestea pot fi nonverbale, cum ar fi încuviinţarea din cap, priviri expresive sau interjecţii încurajatoare, precum: „hmm", „aha" etc. Aceste îndemnuri subtile ar putea duce la obţinerea unor tipuri de informaţii diferite, faţă de cele obţinute prin formularea unor întrebări mai directe, care pot influenţa sau ghida formularea răspunsului. Uneori, este util să se încurajeze explorarea prin cuvinte simple, cum

ar fi: „Pentru că?", „Și?" sau „Deci?". Acestea sunt formulări telegrafice pentru: „Credeți că s-a întâmplat așa pentru că...?", „Vi se pare important acest lucru deoarece...?". (Comportamentul nonverbal și intonația vocii sunt importante în astfel de situații: un „de ce" poate suna mai degrabă ostil, în loc să exprime interesul.) Toate acestea ajută persoana respectivă să conecteze ideile, iar discuția avansează într-un mod mai natural. În alte situații, terapeutul poate încuraja explorarea prin întrebări mult mai deschise: „Este posibil să discutăm mai detaliat despre ceea ce s-a întâmplat?", „Puteți să-mi spuneți mai multe despre această situație?". De asemenea, în cazul în care terapeutul nu înțelege ceea ce spune sau vrea să spună pacientul, atunci este bine să i se adreseze în felul următor: „Nu sunt sigur că înțeleg cum stau lucrurile. Ați putea să îmi explicați mai exact?" sau „Putem intra în detalii? etc.

Reflectarea sentimentelor

Uneori, sentimentele sunt subînțelese într-un mesaj, iar terapeutul poate atrage atenția asupra lor. Acest lucru solicită atenție față de *felul* în care este transmis un mesaj. De exemplu:

Pacientul: Când Sally m-a invitat la ea acasă la o cafea, după ce am dansat împreună, pur și simplu a trebuit să o refuz. În clipa aceea nu îmi doream decât să ajung acasă cât mai repede cu putință.

Terapeutul: Se pare că propunerea ei te-a neliniștit.

Pacientul: Bineînțeles. Am simțit cum mi se strânge stomacul doar la gândul că ar fi vrut să rămân la ea și să petrecem noaptea împreună.

Cu toate acestea, aceeași afirmație exprimată într-un mod diferit și într-un context diferit ar putea scoate la iveală o reflectare diferită a sentimentelor:

Pacientul: Când Sally m-a invitat la ea să bem o cafea, după ce am dansat împreună, pur și simplu a trebuit să

o refuz. În clipa aceea, îmi doream să ajung acasă cât mai repede cu putinţă.

Terapeutul: Se pare că propunerea ei te-a iritat.

Pacientul: Fără îndoială. Ştia că urma să am o zi grea şi că eram foarte obosit şi totuşi mai avea şi pretenţii de la mine.

Reflectarea sentimentelor îi dă consilierului terapeut posibilitatea să transmită pacientului modul în care înţelege şi receptează perspectiva interioară şi experienţa acestuia din urmă. Cu toate acestea, s-ar putea ca terapeutul să continue acest dialog cu o afirmaţie de genul: „Deci te-ai gândit că Sally îţi cerea prea mult". Terapeutul va avea grijă să nu accentueze ideea că numai solicitarea lui Sally a fost factorul care declanşase reacţia emoţională. În schimb, terapeutul îşi va îndrepta atenţia spre interpretarea pe care pacientul o dă comportamentului lui Sally şi, mai târziu, poate că tocmai această interpretare este deschisă unei viziuni alternative (teoria minţii). Astfel, deşi un terapeut reflectă sentimente, în fazele de început ale terapiei este posibil ca acesta să *lanseze* ideea că există şi alte interpretări posibile. De exemplu: „Este posibil ca Sally să fi avut alte gânduri în minte când te-a invitat să rămâi cu ea?". Cu toate acestea, terapeutul trebuie să se exprime în aşa fel încât pacientul să nu simtă că perspectiva sa este *invalidată* sau că opinia sa este greşită. În acest fel, reflectarea sentimentelor este în primul rând o modalitate prin care terapeutul dovedeşte că evidenţiază experienţele emoţionale semnificative ale pacientului său.

Parafrazarea

La rândul său, parafrazarea îl ajută pe terapeut să arate că a înţeles, însă de data aceasta accentul se pune pe conţinut. Reformularea nu trebuie să fie confundată cu simpla repetare papagalizată a cuvintelor pe care tocmai le-a spus pacientul (confundată uneori cu un răspuns empatic). Mai degrabă, este menită să arate că terapeutul „este alături" de pacient şi înţelege semnificaţia mesajului.

Pacientul: După ce am rupt relația, mi s-a stricat mașina, așa încât am rămas închis în casă și am avut suficient timp să reflectez. Facturile se adunau și nu am făcut altceva decât să le pun deoparte. Acum sunt în pericol să îmi taie curentul. Pur și simplu, nu reușesc să rezolv toate treburile astea.

Terapeutul: Cu alte cuvinte, faptul că ați avut mult timp să reflectați asupra relației pe care ați pierdut-o v-a împiedicat să țineți sub control toate celelalte lucruri care le aveați de rezolvat și acestea s-au transformat în surse de stres pentru dumneavoastră.

Rezumarea

Rezumarea este similară parafrazării în linii mari, însă include o cantitate mai mare de informații acumulate de-a lungul unor perioade (mai) mari de explorare, iar accentul este pus pe subiectul (subiectele) central(e). De exemplu:

Terapeutul: Având în vedere ceea ce ați afirmat despre familia dumneavoastră și evenimentele recente, ați simțit că nimeni nu a manifestat prea multă atenție față de problemele dumneavoastră și toate acestea v-au făcut să credeți că probabil nu sunteți o persoană importantă și iubită. Și, ținând cont de felul în care ați vorbit despre propria viață, se pare că acesta este un subiect specific pentru dumneavoastră – faptul că simțiți că nu sunteți important pentru alții și că lor nu le pasă de dumneavoastră.

Terapeutul ar putea să își încerce rezumatul astfel: „Dați-mi voie să verific dacă v-am înțeles bine. Din tot ceea ce ați spus până acum, mi se pare că...". Rezumarea este folosită în mai multe moduri. Deseori, este de mare ajutor în înțelegerea trecutului unui pacient și poate fi o formă de cristalizare care să îi ajute pe terapeut și pe pacient să se concentreze asupra *patternurilor/temelor recurente din viața clientului, a întâmplărilor și modurilor*

de a explica întâmplările. Este util să se recurgă în mod frecvent la rezumare pentru a clarifica împreună cu pacientul o înţelegere comună a lucrurilor. Uneori, consilierii începători nu recurg suficient de des la rezumare. Atunci când este bine făcută, ea ajută la consolidarea unei idei de ansamblu, care constituie baza formulării (vezi capitolul 8). În acelaşi timp, simplul fapt de a asculta o altă persoană ce reformulează pe scurt ceea ce altcineva (altfel spus, clientul) a povestit poate da naştere unei înţelegeri mai profunde.

Oricare ar fi modelul de consiliere în care se angajează terapeutul, este nevoie ca la început acesta să fie experimentat în privinţa aptitudinilor colaterale esenţiale. Exersarea şi supervizarea sunt importante, întrucât ele ajută la „şlefuirea" acestor aspecte şi la obţinerea înţelegerii şi empatiei necesare pentru a le putea folosi, precum şi la coordonare în şedinţele de terapie. Cu toate acestea, preocuparea empatică fundamentală este factorul care va fi de un real ajutor, şi nu încercările de a aplica aceste tehnici în mod mecanic (de exemplu : „Trebuie să intervin cu cel puţin patru formule de încurajare discretă, vreo două parafrazări şi patru sau cinci rezumări" etc.)

Înţelegerea greşită

Nimeni nu este perfect şi oricare dintre noi poate să greşească. Intervenim la un moment dat şi intervenţia noastră pare să schimbe sau să întrerupă cursivitatea dialogului, iar clientul nu mai vorbeşte, rămâne tăcut sau îşi întoarce privirea. Este important să observăm astfel de semnale nonverbale. Uneori, simplul fapt de a admite că am greşit atunci când am intervenit sau o simplă scuză sunt de mare ajutor.

Terapeutul: Am observat că, atunci când am spus..., aţi tăcut şi v-aţi ferit privirea. Poate că am înţeles greşit ce voiaţi să spuneţi. Vă gândiţi la ceva anume în acest moment?

Sau:

Terapeutul: Când am spus că trebuie să analizăm împreună ce gândiți în legătură cu această întâmplare, mi s-a părut că v-ați simțit lezat – se poate să fi fost eu insensibil sau să nu fi înțeles bine cum stau lucrurile. La ce v-ați gândit atunci?

Pacientul: Ei bine, părerea dumneavoastră este că toate problemele mele se datorează faptului că modul meu de a gândi e greşit, că este numai vina mea.

Terapeutul: Îmi pare nespus de rău că v-am lăsat impresia asta. Pur şi simplu, mă interesa ce a însemnat pentru dumneavoastră această întâmplare [pauză]. Însă mă întreb dacă v-a trecut prin minte de multe ori gândul că eu consider că „este numai vina dumneavoastră" pentru că gândiți greşit?

Dar ce se întâmplă dacă începi să explorezi o secvenţă de gânduri care par să nu ducă nicăieri sau ajung să fie neclare?

Terapeutul: Mă gândeam dacă nu am putea să ne oprim aici pentru moment. Nu ştiu exact ce vă trece prin minte, dar consider că trebuie să analizăm serios aceste lucruri. Am putea să ne întoarcem puțin înapoi şi să încercăm să vedem încă o dată care sunt ideile principale?

Atunci când intri în groapă, încetezi să mai sapi. Neînţelegerile, confuziile şi/sau întreruperile ce intervin în terapie sunt *comune* şi consilierii ar trebui să fie pregătiţi să se concentreze într-un mod nondefensiv asupra lor (Katzow şi Safran, 2007). Când procedaţi în acest mod, nu faceţi altceva decât să modelaţi capacitatea spre deschidere, posibilitatea de a face greşeli, de a deveni confuzi şi de a aborda aceste piedici în mod deschis, fără reţineri. În parte, aceasta este semnificaţia colaborării – lucrul în echipă, „lucrând şi făcând eforturi împreună, clarificând în mod firesc" neînţelegerile şi confuziile. Chiar dacă unii pacienţi, care au un anumit gen de probleme, vor considera imperfecţiunile dumneavoastră un motiv de indignare, alţii vor avea mult de câştigat din acest fel deschis

de a trata relaţia şi din stilul nondefensiv. Cu siguranţă nu vreau să vă sugerez să deveniţi docil, ci doar să fiţi deschis.

Contratransferuri nondefensive

Străduiţi-vă cât mai mult să fiţi nondefensiv. Analizaţi următoarea situaţie:

> *John:* [*Furios*] Sunt deja câteva săptămâni de când vin la dumneavoastră şi nu mă simt deloc mai bine. Sunteţi sigur că ştiţi ce faceţi şi că suntem pe drumul cel bun?

Sentimentele pe care acest gen de abordare le generează unui consilier se numesc *contratransfer*. Există diverse tipuri de contratransfer. Unul deseori întâlnit este cel legat de modalităţile în care o interacţiune activează strategiile de ameninţare şi siguranţă ale terapeutului (Leahy, 2007). De exemplu, dacă unii terapeuţi ar putea percepe plângerea pacientului ca pe o oportunitate de a explora sentimentul de dezamăgire al pacientului sau de a verifica dacă *sunt* amândoi pe drumul cel bun, pentru alţii, aceasta va fi înţeleasă mai degrabă ca o ameninţare faţă de competenţa lor şi faţă de controlul pe care îl deţin, declanşând rapid furia sau anxietatea. Terapeuţii defensivi, care se simt ameninţaţi, ar putea încerca să se apere în diferite moduri. Dacă este activat sentimentul intim de ruşine, atenţia se va îndrepta în această direcţie, iar terapeutul va deveni complexat, se va simţi nesigur, va resimţi un fior de nelinişte, se va autoînvinovăţi şi pe viitor şi-ar putea cântări cuvintele într-un mod defensiv. Când ruşinea externă domină gândurile şi sentimentele terapeutului, atenţia se îndreaptă în exterior – spre ceea ce se petrece în mintea pacientului sau spre ce ar putea gândi un posibil supervizor dacă John i s-ar plânge. Consilierul s-ar putea îngrijora că poate clientul ar prefera pe altcineva şi ar vrea să îl respingă în calitate de terapeut. Diverse strategii de siguranţă, cum ar fi să ofere explicaţii, să-şi ceară iertare, să se concentreze mai mult pe tehnica folosită, în loc să

rămână blocat în plasa sentimentelor, ar putea fi puse în practică pentru a liniști clientul și a dovedi faptul că terapeutul poate fi de ajutor. Un alt terapeut ar putea reacționa față de amenințare exteriorizându-și furia și umilința. Este posibil să arate toate acestea prin modalitățile de comunicare nonverbală și chiar să învinovățească pacientul: „Ei bine, părerea mea este că ar trebui să depui eforturi mai mari să îți faci temele!". Sau se poate să gândească în felul următor: „Ei bine, dacă nu îți place aici, poți merge în altă parte și să mă lași să lucrez cu altcineva care mă apreciază!". Un terapeut blazat s-ar putea să nu se sinchisească prea mult și să adopte o atitudine de genul: „Poți să vii dacă vrei sau poți să nu mai vii. De ce mi-ar păsa?".

Acestea nu sunt experiențe ieșite din comun și fiecare dintre noi am trecut prin astfel de încercări într-un anumit fel cu unii clienți. Dacă vom învăța să ne direcționăm atenția spre interior, putem identifica aceste reacții ale noastre și să nu le dăm curs, îndepărtându-ne față de client sau străduindu-ne să găsim tehnici noi de lucru. La începutul carierei mele, una dintre primele paciente mi-a declarat că avea de gând să-și pună capăt zilelor. Un val de neliniște a pus imediat stăpânire pe mine și am crezut că eu eram de vină pentru că fusesem un terapeut neglijent sau prost. Îmi amintesc cum fusesem pe punctul de a-i spune pacientei mele: „Te rog, nu te sinucide, pentru că totul se va întoarce împotriva mea și voi avea și eu probleme". Probabil că i s-a făcut milă de mine și nu a recurs la acel gest. Toate acestea mă fac să mă înfior acum, dar dacă acceptăm în mod deschis temerile și îngrijorările noastre, atunci putem să le facem față lucrând cu ele, în loc să ne fie rușine de ele. Astăzi aș încerca să reflectez la aceste sentimente și mai curând să analizez disperarea din spatele îngrijorărilor clientului meu. Astfel, un posibil răspuns la comentariul de mai sus al lui John ar putea fi:

Terapeutul: Având în vedere cât de deprimat te simți, este dezamăgitor pentru tine să fi venit aici sperând că vei primi un ajutor și să simți că terapia nu îți este de mare folos. Presupun că ai din nou sentimentul că ești singur cu depresia ta.

John: Da, întotdeauna am simțit că nimeni nu mă înțelege cu adevărat sau ar putea să mă ajute.

Terapeutul: Înseamnă că sentimentul ăsta vine dinăuntrul sufletului tău. (Pauză, pentru a-i da pacientului răgazul să înțeleagă că îi înțelegeți sentimentele profunde.) Eu zic să ne punem amândoi mințile la contribuție să vedem dacă putem înțelege ce crezi tu că nu te ajută şi ce crezi că te-ar ajuta. (În acest fel, terapeutul încearcă să întindă o punte care să-l unească de pacient într-un mod bazat pe colaborare.)

Sau, într-o altfel de abordare, dacă ştiți temele-cheie ce caracterizează stilul de gândire al pacientului, ați putea să vă adresați în felul următor:

Terapeutul: Pentru că te simți atât de deprimat, probabil că este dezamăgitor să vii aici cu speranța că vei găsi ajutor şi să simți că terapia nu te ajută. Are vreo legătură acest lucru cu alte sentimente pe care le-ai trăit în viața ta, când ți-ai pus mari speranțe în anumiți oameni şi aceştia au părut că te dezamăgesc?

Ca primă regulă, încerc deseori să explorez *amenințarea şi teama* din spatele furiei. Ideea principală în legătură cu toate acestea este să încercați să păstrați contactul cu sentimentele pacientului şi cu semnificația lor, în loc să vă retrageți şi să deveniți defensiv, presat sau atacat. Terapeutul deține diverse tehnici de a-l îndepărta pe client de lucrurile care îl supără, în special dacă acesta este supărat pe terapeut (Dalenberg, 2004). Terapeuții ar trebui să evite să își asume povara de a-l „face pe pacient să se simtă mai bine".

Tăcerea

Tăcerea este de aur, după cum spune cântecul, şi uneori chiar aşa este. Un terapeut ar trebui să fie precaut să „nu umple spațiile" dintre momentele de tăcere, deoarece acest lucru ar putea fi intruziv,

dominator şi ar putea veni în contradicţie cu efortul de a învăţa cum să tolerăm anumite emoţii şi amintiri. Altfel spus, terapia cere cu adevărat din când în când intervale şi momente de tăcere dedicate reflecţiei, pentru a învăţa să tolerăm unele sentimente dureroase. De asemenea, o clipă de tăcere poate fi o perioadă de timp când suntem pur şi simplu „alături de" persoana depresivă în acel moment de trăire a sentimentului, când suntem pe deplin prezenţi (Greenberg, 2007). Nu vom încerca să depăşim rapid acel moment pentru că ni se pare greu de suportat sau nu ne vom simţi forţaţi să facem sau să spunem ceva din cauza intensităţii sentimentelor *noastre*. Ne putem folosi propria experienţă pentru a reflecta că, uneori, când ne simţim deznădăjduiţi sau confuzi, nu ne este de nici un ajutor să stăm alături de cineva care nu ne acordă răgazul necesar reflecţiei, nu ne lasă să ne trăim sentimentele sau ne pune întrebări în continuare. Întrucât lucrăm într-o relaţie de colaborare, este util să se discute acest aspect.

Terapeutul: Uneori, când ne propunem să rezolvăm lucrurile în mintea noastră, este bine să ne acordăm răgaz şi linişte. În loc să te întreb ceva de genul: „Ce îţi trece acum prin minte?", am putea să încercăm să ne dăm seama cum ai prefera să fiu alături de tine în aceste momente. Este un fel de a spune că mă aflu aici pentru tine când simţi că eşti pregătit să explorăm sau să analizăm lucrurile împreună.

Cu alte cuvinte, persoana care suferă de depresie şi terapeutul cad de acord asupra *unui anumit mod* de a se comporta în momentele de tăcere. Cu toate acestea, în cazul persoanelor predispuse să resimtă ruşine, care se pot închide în sine, pur şi simplu, poate fi la fel de dăunător să *nu* fie umplute momentele de tăcere. Aceasta deoarece pacientul a ajuns să fie blocat într-o stare inertă de ruşine, se simte analizat cu atenţie de terapeut, este preocupat de ceea ce se aşteaptă de la el şi de propria stare de inerţie. Atenţia s-a mutat de la analiza unei anumite emoţii sau amintiri la preocuparea pentru ceea ce se petrece în mintea terapeutului şi la felul

în care se prezintă pacientul din punct de vedere social. Lucrul în colaborare implică discutarea acestor momente de tăcere: ce ar putea să însemne, ce se petrece în mintea pacientului atunci când acestea apar, când sunt utile, deoarece ne pun la dispoziţie răgazul de „a fi alături" şi de a explora sentimentele celuilalt şi când nu sunt, deoarece pacientul devine absorbit de întrebări despre ceea ce terapeutul ar putea gândi sau aştepta de la el şi se simte analizat din pricina sentimentului de ruşine.

Aspecte-cheie 7.2. *Aptitudini esențiale*

1. Atenția față de comportamentele verbale şi nonverbale atât ale terapeutului, cât şi ale pacientului.
2. Asistența bazată pe ascultare şi observare.
3. Încurajarea discretă.
4. Reflectarea sentimentelor.
5. Parafrazarea.
6. Întrebările deschise şi închise.
7. Rezumarea.
8. Conştientizarea întreruperilor şi momentelor dificile ce intervin în terapie şi procesul de reconectare (nondefensivă).
9. Valorizarea perioadelor de tăcere.

Empatie şi compătimire

Deşi s-a scris mult despre natura empatiei bine dozate şi influența pregătirii profesionale (Goldstein şi Michaels, 1985), rolul empatiei în consiliere a cunoscut de-a lungul timpului multe suişuri şi coborâşuri (Duan şi Hill, 1996). Confuzia domneşte în acest domeniu deoarece au existat multe definiţii diferite ale empatiei, inclusiv empatia văzută ca o aptitudine cognitivă, un tip de sentiment şi o predispoziţie de personalitate. Se ştie că un terapeut ar trebui să îşi propună să construiască o relaţie empatică alături de pacientul său, astfel încât acesta să se simtă înţeles şi acceptat şi să îşi exploreze sentimentele dureroase.

Cu puțin timp în urmă, un terapeut întors de curând de la un curs de training îmi spunea că li se vorbise despre efectul negativ al compătimirii în consiliere. Cred că avem de-a face aici cu o confuzie între milă și compătimire. De fapt, compătimirea este importantă în consiliere, însă este necesar să clarificăm diferența dintre compătimire și empatie. Aceste aspecte au făcut obiectul cercetării pertinente din partea lui Eisenberg (2002). Aceasta își formulează argumentația în felul următor:

1. Situația în care un individ simte aceeași emoție ca un alt seamăn de-al său sau înțelege ceea ce se petrece în mintea altuia: aceasta nu este nici centrată asupra sinelui, nici îndreptată spre celălalt și este *adevărata empatie* sau contagiunea emoțională.
2. Reacția unui individ față de suferința altuia, care nu trebuie să fie neapărat pe măsura suferinței celuilalt, ci să fie centrată asupra *binelui* celuilalt. Aceasta înseamnă *compătimire*. Compătimirea este mai degrabă asociată cu altruismul. Când simțim compasiune, suntem afectați emoțional de suferința celuilalt.
3. O reacție centrată asupra sinelui și care implică anxietate, îngrijorare, rușine sau vinovăție mai mult decât compătimire înseamnă suferință personală. *Suferința personală* este asociată cu procesarea amenințării centrate pe sine.

Tabelul 7.1 prezintă un mod de a compara și evidenția diferențele dintre empatie și compătimire.

Tabelul 7.1. *Comparația dintre compătimire și empatie*

Compătimirea	*Empatia*
Implică o conștientizare profundă a suferinței sau a nevoii de celălalt. Necesitatea de a ușura suferința celuilalt. Accentul este pus pe crearea stării de bine a celuilalt.	Implică o conștientizare profundă a experiențelor celuilalt (nu neapărat de suferință) ca fiind ceva ce trebuie înțeles.
Comportamentul se îndreaptă spre relaționare, acțiuni inițiate pentru binele celuilalt sau ușurarea suferinței (sau răspunsuri de mediere).	Comportamentul se îndreaptă spre cunoaștere, conceptualizare, înțelegere.

Are loc relativ automat.	Implică efort şi depinde de capacitatea de a face uz de imaginaţie.
Sinele este afectat emoţional de celălalt.	Sinele ajunge la celălalt.
Înţelegerea se realizează prin prisma celuilalt şi poate fi asociată cu pierderea identităţii.	Înţelegerea se realizează prin prisma sinelui şi niciodată nu îşi pierde propria identitate.

Gilbert, 1989, p. 174, reprodus cu permisiunea Psychology Press.

Să luăm cazul unui client care plânge şi transmite semnale puternice sugerând deznădejdea şi singurătatea. Sentimentele noastre de empatie ne apropie de felul în care se simte de fapt clientul: inutil, singur şi probabil extrem de trist. Sentimentele noastre de compasiune sunt cele care provoacă grija şi preocuparea de a găsi o cale de acces către cealaltă persoană, de a-i alina suferinţa, de a o salva sau de a o asigura că totul se va rezolva. Poate fi util să resimţim astfel de sentimente, însă dacă vom acţiona sub impulsul acestora, nu vom ajunge la nici un rezultat, iar persoana în cauză poate avea nevoie să înveţe cum să se descurce şi cum să tolereze o asemenea suferinţă. Cu toate acestea, fără compătimire şi fără manifestarea unui interes plin de grijă, pacientul ar putea să simtă faptul că terapeutul este dezinteresat.

Empatia şi teoria minţii

Empatia este strâns legată de „teoria minţii" (care a fost analizată în capitolul 6), dar nu este sinonimă cu aceasta (Decety şi Jackson, 2004; Völlm, Taylor, Richardson, Corcoran, Stirling, McKie, Deakin şi Elliott, 2006). „Teoria minţii" se referă la modul în care facem deducţii legate de cauzele interne care declanşează sentimentele şi comportamentele altor persoane şi evaluează „ce se petrece în mintea acestora" – ce gândesc ele (Byrne, 1995). Astfel, putem atribui intenţii, dorinţe şi sentimente acţiunilor şi stărilor mentale ale altora (Malle şi Hodges, 2005). De exemplu,

Sally a procedat în acest fel deoarece se simțea tristă, voia să se răzbune pe John, era derutată, l-a înțeles greșit pe John etc. Deși atribuirile sunt în mod evident un aspect important al teoriei minții, trebuie totodată să avem câteva noțiuni despre „minte" și modul în care ea lucrează. Această aptitudine se dezvoltă odată cu înaintarea în vârstă.

Teoria empatiei bazate pe rolul minții face apel la imaginație. Ne imaginăm cum ar fi dacă am fi puși în contextul de viață al celeilalte persoane. Uneori, imaginația se amestecă cu experiențele proprii și poate activa emoții. De exemplu, dacă auzim de decesul unui copil pe care l-am îndrăgit, ni se declanșează sentimente puternice pentru că ne imaginăm cum ar fi dacă unul dintre copiii noștri ar muri. Uneori, imaginației îi lipsesc calitățile afective. De exemplu, deși ne-am imagina cum ar fi dacă ne-am rupe un picior, nu am simți nici un fel de durere doar imaginându-ne acest accident.

Rezonanța empatică și înțelegerea

Cercetările recente au demonstrat că putem să înțelegem sentimentele altor semeni deoarece manifestările emoțiilor acestora stimulează anumite patternuri similare ale conexiunilor noastre neurale – ca și cum am experimenta emoțiile chiar noi. Se crede că acest lucru se petrece datorită unui fenomen de reflexie neuronală. De exemplu, când urmărim un film trist sau palpitant, ne putem simți chiar noi triști sau entuziasmați. Este ceea ce se numește rezonanță empatică (pentru o analiză a acestei chestiuni, vezi Decety și Jackson, 2004). Rezonanța empatică poate funcționa în ambele sensuri în terapie. Ea se realizează parțial prin simularea automată a afectului în mintea terapeutului, ceea ce îi permite acestuia să intre în acord cu pacienții săi și să înțeleagă sentimentele lor. În mod similar, atenția pacientului față de modurile de manifestare a emoției, expresiile și tonalitățile vocii unui terapeut pot influența simulările interne ale persoanei depresive.

În acelaşi timp, empatia are şi un aspect intuitiv, care este asociat cu un anumit mod de creare a unei impresii, nu doar cu atribuirea de intenţii şi încercarea de a se pune în pielea celuilalt. Totuşi, este posibil să greşim în această privinţă. Book (1988) evidenţiază unele greşeli comune în ceea ce priveşte empatia. Să ne referim la unul dintre exemplele sale.

> Un supraviețuitor al Holocaustului își exprima furia față de asprimea cu care fusese tratat la serviciu. Terapeutul lui evreu i-a răspuns: „Mă înfurie într-adevăr să aud lucrurile acestea. Ce naiba au în cap indivizii ăştia?". Pacientul i-a răspuns: „Este exact ce încercam să-ți spun şi eu. Nu sunt toți decât o adunătură de măcelari". (Book, 1988, p. 422)

În acest exemplu, terapeutul răspundea pornind de la propriul cadru de referinţă. Când suntem limitaţi prea mult la propriul cadru de referinţă, avem tendinţa să ne proiectăm propriile sentimente şi gânduri asupra interlocutorului. De exemplu, să presupunem că este ziua de naştere a soţiei mele. Acum, dacă fac apel la proiecţie, îi voi cumpăra ceva care îmi place mie (de exemplu, o chitară nouă) – singura problemă este că ea nu ştie să cânte. Pentru a fi empatic, ar trebui să îi ofer o excursie, să zicem, la Paris, pentru că asta este ceea ce i-ar plăcea *ei*. Terapeuţii ar trebui să fie conştienţi de aceste distincţii dintre teoria minţii, empatie şi proiecţie şi, astfel, să verifice întotdeauna dacă există o înţelegere împărtăşită de el şi de client.

Este posibil să apară dificultăţi în eforturile pe care le depunem pentru a ne exprima sau demonstra empatia. Iată un alt exemplu din Book (1988, p. 422):

> Un rezident în primul an, când a fost agresat verbal de un pacient paranoic, i-a răspuns în felul următor: „Mă bucur să constat că eşti capabil să îți exteriorizezi furia". Uitându-se perplex la el, pacientul s-a oprit, ezitând mai întâi şi apoi a mormăit supărat: „Ticălosule! Te mai şi bucuri când eu sunt atât de supărat!". Când a fost întrebat de ce reacționase în acel mod, a răspuns: „Eu încercam doar să fiu empatic".

În acest exemplu, terapeutul a confundat dorința reală de a ajuta pacientul să se simtă în siguranță când își exprimă furia cu empatia. Book (1988) ne oferă multe alte exemple de confuzie între sinceritate, perspectiva pozitivă necondiționată și empatie, inclusiv ascultarea fără a lua cu adevărat în serios ceea ce spune pacientul sau modificarea subtilă a afirmației pacientului, care duce la schimbarea înțelesului acesteia.

Empatia implică ascultarea și interesul acordat atât lucrurilor spuse și manifestate, cât și celor neexprimate. Terapeutul poate să remarce un posibil sentiment tăinuit de rușine sau un resentiment, teama de a pierde ceva sau dezamăgirea, sentimente care se pot ascunde în spatele unui gest de autoagresiune. Furia unui pacient poate ascunde deseori un sentiment profund de pierdere, convingerea că este subestimat și marginalizat. Un răspuns empatic ajută pacientul să intre în contact cu acele sentimente și cu autoevaluarea internă pe care și-o realizează (Greenberg, 2007). Un alt exemplu de înțelegere greșită a empatiei este completarea pauzelor atunci când pacientul vorbește sau finalizarea propozițiilor în locul acestuia, ceea ce poate fi perceput ca o intruziune. În schimb, terapeutul poate răspunde astfel încât să își ajute pacientul să-și finalizeze singur frazele pe care le-a început. Astfel, după cum susține Book (1988), empatia înseamnă să înțelegi ceea ce are de gând să spună pacientul, dar dacă ești empatic nu înseamnă că trebuie să vorbești tu în locul lui. O unitate de măsură eficientă a empatiei este dacă aceasta îl ajută sau nu pe client să își adâncească înțelegerea și să își continue relatarea. Un răspuns empatic veritabil din partea terapeutului nu este neapărat perceput ca atare de către pacient; de aceea, Miller (1989) face referire la „procesul terapeutic de comunicare empatică". Acesta este un model bazat pe etape multiple, care implică recunoașterea de către terapeut a experienței interioare a pacientului (prin semnalele verbale și nonverbale ale pacientului), trimiterea de semnale de recunoaștere și abilitatea pacientului de a recunoaște și a asimila astfel de semnale (de exemplu, înțeleg, îți arăt că înțeleg, iar tu înțelegi că eu am înțeles). Empatia este o modalitate de „a fi cu" sau de a fi „pe aceeași frecvență cu"

pacientul, nu doar o aptitudine de a fi „util cuiva". După cum subliniază Margulies (1984), empatia necesită un „simţ al mirării", o curiozitate şi un interes pline de grijă (Gilbert, 1989). Doar interesul lipsit de alte atribute poate părea detaşat. Doar grija protectivă poate implica mai multă compasiune şi un efort disproporţionat de „a-l face pe pacient să se simtă mai bine".

Empatia față de dorințele sau nevoile unei persoane

Diverse şcoli de terapie îşi exprimă îndoiala că doar calităţile empatiei adevărate, ale perspectivei pozitive şi ale sincerităţii sunt, prin ele însele, capabile să declanşeze schimbarea (Zuroff şi Blatt, 2006). Este posibil ca pacienţii să aibă nevoie să înveţe despre modul în care propriul mod de gândire, strategiile de adaptare şi comportamentele contribuie la problemele cu care se confruntă (Beck *et al.*, 1979; Linehan, 1993). Cu toate acestea, întrucât există diferite tipuri de surse ale suferinţei şi datorită naturii nevoilor omeneşti, acestea vă vor influenţa raportarea faţă de natura nevoilor omeneşti pe care le au pacienţii dumneavoastră. Wong (2006), de exemplu, a formulat o explicaţie cuprinzătoare şi importantă a felului în care problema nevoilor, cum ar fi nevoia de conectare şi semnificaţie socială, stă la baza unei îndelungate tradiţii în psihoterapiile umaniste şi existenţiale (vezi şi Mahoney, 2003; Yalom, 1980). Multe dintre aceste idei merg mult mai departe, până la diverse tradiţii filosofice legate de natura suferinţei şi a nevoilor umane, iar terapeuţii vor avea de câştigat dacă se vor familiariza cu acestea. Câteva dintre aceste idei au pătruns totuşi în alte şcoli de terapie. Modelul dumneavoastră de terapie (de exemplu, cel psihodinamic, umanist, cognitiv sau comportamental) vă va influenţa gândurile legate de ceea ce ar trebui să facă sau să înveţe o persoană pentru a fi ajutată să se elibereze de depresie; altfel spus, procesul, sarcinile şi ţintele terapiei. Cu toate acestea, exact aptitudinile empatice ale terapeutului sunt cele care îi permit să îndeplinească această misiune asumată prin colaborare.

Diverse persoane vor avea niveluri diferite ale abilităților emoționale și cognitive. Așadar terapeutul trebuie să fie sensibil față de acestea și să nu se angajeze în abordări care depășesc abilitățile curente ale persoanei respective. Într-adevăr, abilitățile empatice ale terapeutului sunt cele care îl ajută să își desfășoare terapia într-un mod util sau asimilabil de către pacienți.

Validarea

Întrucât suntem ființe sociale, o nevoie comună este validarea sentimentelor noastre din partea celorlalți. Această validare ne ajută să ne debarasăm de rușinea asociată cu anumite sentimente. Mulți pacienți s-ar putea întreba dacă sentimentele lor negative sunt îndreptățite – poate că *ei ar trebui* să-și revină sau nu ar trebui să simtă ceea ce simt. Poate fi vorba atât de trecut, cât și de prezent. Așa cum am văzut în capitolul dedicat sentimentului de rușine (vezi capitolul 6), acest lucru necesită ca terapeutul să fie pe aceeași frecvență din punct de vedere empatic cu pacientul, să aibă o înțelegere adecvată a emoțiilor și să se simtă îndeajuns de sigur în privința propriilor emoții și a „materialului din umbră" pentru a avea rolul unui agent de *liniștire* (Gilbert, 2005a). Terapeutul își ajută pacienții să înțeleagă că, în timp ce unele emoții/fantezii sunt neplăcute sau stranii, ele sunt inerente naturii umane și sunt gestionabile odată ce le-am acceptat, atunci când nu mai luptăm să le reprimăm, să le negăm sau să ne etichetăm într-un mod negativ pentru că suntem stăpâniți de ele (Leahy, 2002; Neff, 2003a).

Este important să explicăm pacienților că este posibil să simtă ceea ce simt din motive care țin de centrarea pe autoprotecție sau pe alte rațiuni ușor de înțeles. În activitatea mea profesională, obișnuiesc să caut o posibilă semnificație de adaptare în strategiile de amenințare și siguranță (sau avantajele) a sentimentelor negative (Nesse, 1998). De exemplu, un pacient ar putea spune: „Nu ar trebui să fiu atât de deprimat sau neliniștit din pricina acestor experiențe. Probabil că exagerez peste măsură gravitatea lor". Iar

eu aş putea să răspund: „Ei bine, uneori, sentimentele noastre s-au instalat acolo pentru că ne-am obişnuit să acţionăm asupra lor rapid. Partea emoţională a creierului nostru face posibil aşa ceva. Sentimentele ne pot determina să nu fim obiectivi în modul de a gândi în toate chipurile cu putinţă, dar *nu este vina ta*". Odată ce s-au spus aceste cuvinte, putem adăuga: „Ei bine, hai să ne gândim la aceste tendinţe de a gândi distorsionat şi să vedem dacă putem schimba perspectiva". Ideea de bază este că, având în vedere modul în care pacientul înţelege şi evaluează situaţiile, sentimentele sale devin explicabile şi nu mai par nişte dovezi de slăbiciune personală sau prostie. Într-adevăr, acesta ar putea fi primul pas făcut spre a-i ajuta pe pacienţi să îşi înţeleagă şi să îşi accepte sentimentele fără autocritică şi să dezvolte o relaţie de colaborare.

De asemenea, validarea poate fi importantă în această relaţie. Mulţi clienţi îi vor percepe pe cei din jur ca fiind oneşti faţă de ei ori prefăcuţi. De exemplu, pe la jumătatea unei şedinţe, un pacient mi-a spus:

Pacientul: Ştii, astăzi arăți cam obosit şi nu prea eşti cu gândul aici.

Acum, terapeutul ar putea adopta o atitudine defensivă, răspunzând: „Ce te face să spui toate astea?" sau: „Ei bine, îmi dau silinţa cât pot de bine", să se simtă vinovat sau să nu răspundă deloc. Sau altcineva ar putea respinge criticile aduse, dând următoarea replică: „Ce îţi trece prin minte?". Dar în primul rând este important să validaţi impresia pacientului, dacă este veridică.

Terapeutul: Să ştii că ai dreptate, mă simt cam obosit azi. [*Zâmbeşte*] Ai spirit de observaţie.

Zâmbetul dumneavoastră transmite un semnal nonverbal care confirmă că este normal să spui şi să recunoşti aceste lucruri. Aţi putea după aceea să continuaţi să exploraţi mai profund sentimentele şi semnificaţia lor. În acest caz, remarca pacientului care observase că eram obosit i-a declanşat acestuia convingerea că nu ar fi trebuit

să mă bată la cap și „să mă împovăreze în continuare". Acest lucru a condus la o discuție importantă despre sensibilitatea sa față de stările afective ale celorlalți și teama de a nu fi o povară pentru alții.

Unii pacienți ar putea dezvolta fantezii în ceea ce îl privește pe terapeut și acest aspect merită să fie explorat. Un pacient ar putea să simtă că terapeutul îl consideră un caz fără speranță, prea solicitant sau că ar putea fi atras din punct de vedere sexual față de el sau chiar el ar putea avea dorințe sexuale față de terapeut ori să tânjească la o relație mai apropiată. Bailey (2002) sugerează că pacienții își doresc deseori o formă specială de relație de „afinitate" cu terapeutul lor, fie în genul relațiilor de familie, bazate pe atașament, fie bazate pe potrivirea psihologică/afinități (vezi și Liotti, 2007). Aceste idei și fantezii care țin de *transfer* pot fi utile pentru a opera cu ele, dar pot fi și perturbatoare pentru relația de colaborare dacă nu sunt abordate (Watkins, 1989a). Așadar terapeutul trebuie să lucreze cu înțelepciune, astfel încât să nu acționeze într-un mod care să sugereze respingere, menținând în tot acest timp limitele bine demarcate. De exemplu, Sally „se îndrăgostise" de mine. Îndurerată, ea mi-a destăinuit acest lucru. Reacția mea a fost centrată pe înlăturarea sentimentului de rușine. „O terapie de acest gen poate trezi emoții foarte puternice, iar tu ai dovedit mult curaj dezvăluind acest lucru. Din păcate, trebuie să fie un sentiment foarte dureros pentru tine, pentru că dorințele tale chinuitoare nu pot fi duse mai departe. Este foarte dureros să nutrești sentimente pentru cineva alături de care nu poți să ai acest gen de relație." În anumite privințe, să nutrești sentimente pentru o persoană inaccesibilă face ca acele sentimente să fie sigure, dar totodată ele devin și o parte a problemei. Cu toate acestea, treptat, am putut să facem legătura dintre sentimentele ei față de mine și cele pentru tatăl pe care ea nu-l avusese niciodată și să înțelegem modul în care terapia o făcea să retrăiască această dorință. Astfel, în cazul unor asemenea sentimente, trebuie să le eliberăm de asocierea cu rușinea, să le validăm (ca fiind de înțeles și dureroase) și apoi, cu delicatețe, să aducem persoana înapoi, în spațiul

delimitat de graniţe, la procesul terapeutic şi la problemele ce trebuie dezbătute.

Unele persoane depresive pot avea fantezii *încărcate de invidie* legate de terapeut, imaginându-şi cât de bine adaptat este, cât de uşor face faţă problemelor, că niciodată acesta nu ajunge să fie deprimat sau furios sau cât de fericită este viaţa acestuia în comparaţie cu a lor. Este foarte important să se precizeze că aceste stări sunt naturale, însă este nevoie să se procedeze cu multă atenţie. Cele mai dificile pot fi cazurile clienţilor care sunt invidioşi, furioşi şi dispreţuitori. Indiferent ce aţi face, aceştia vor fi de părere că nu sunteţi suficient de bun şi nu ajutaţi prea mult. În viziunea mea, invidia, furia şi dispreţul sunt legate de sentimente profunde de ameninţare şi de aceea trebuie să ajut pacientul să le exploreze (Smith şi Kim, 2007). În mod obişnuit, trebuie să fi existat situaţii recurente în trecut, când altora nu le-a păsat de aceste persoane. Burns (1980) arată că este important să descoperi ceva cu care să fii de acord în nemulţumirile pacientului şi să empatizezi cu furia lui. Astfel se evită conflictul cu persoanele depresive.

Totuşi, uneori, oamenii pot să perceapă chiar şi efortul de a-i ajuta ca pe o ameninţare. Aceasta deoarece ei sunt într-un mod defensiv încrezători în sine şi faptul de a recunoaşte că alţii le pot fi de ajutor deschide un registru de sentimente distincte faţă de care se apără. Sonya, de exemplu, se plângea în permanenţă că nimeni nu o putea ajuta. Am recunoscut că putea fi una dintre posibilităţi şi că ar trebui să analizeze motivele care au condus la această situaţie. Cu toate acestea, mai puteau exista şi alte posibilităţi, cum ar fi teama de a fi ajutată. Ea considera că era o idee foarte bizară. Aşa încât terapeutul ar putea spune: „OK, totuşi, ca exerciţiu de imaginaţie, hai să ne gândim la sentimentele de teamă pe care cineva aflat în situaţia ta, venind din mediul tău, le-ar putea avea în legătură cu perspectiva de a fi ajutat. Putem face o şedinţă de brainstorming pentru a ne identifica aceste temeri şi să întocmim împreună o listă a lor".

S-ar putea să dureze un timp pentru a găsi astfel de exemple abia după mai multe şedinţe, dar acestea sunt cele mai des întâlnite: s-ar putea să îmi dau seama că am nevoie de alţii (pierderea mândriei

şi a sentimentului identităţii de sine); s-ar putea să îmi dau seama că am nevoie de alţii şi să devin dependent de ei; s-ar putea să îmi dau seama că speranţa mea de a fi ajutat era ca celălalt să mă poată vindeca într-un fel magic (nerealist) sau să nu existe nici un „mare salvator" (conştientizare însoţită de pierderea speranţei); s-ar putea să fiu nevoit să lupt cu fricile mele profunde faţă de vulnerabilitate şi riscul de a simţi ruşine; s-ar putea să înţeleg că în spatele furiei mele este o tristeţe adâncă şi teama de singurătate. Mai sunt şi altele. Deocamdată acestea sunt, cu siguranţă, temeri care pot fi legate de diverse convingeri ce pot fi analizate pentru a atenua intensitatea naturii lor exclusiviste, de tipul „totul sau nimic" (teama de ameninţare este deseori sub forma totul sau nimic; vezi Gilbert, 1998b).

Nu ar trebui ca terapeutul să presupună că pacienţii sunt pregătiţi să îşi dezvăluie problemele majore doar pentru că au venit de bunăvoie la aceste şedinţe pentru a primi ajutor. De exemplu, un pacient care se află la jumătatea drumului pe care s-a angajat în consilierea terapeutică, atunci când a trebuit să discute cu terapeutul o chestiune esenţială legată de fanteziile sale agresive încărcate de invidie, afirma:

Pacientul: Ştii, când am venit pentru prima oară aici, ştiam în adâncul inimii mele despre ce aveam nevoie să vorbesc, dar îmi era prea ruşine să spun lucrurilor pe nume. Pe măsură ce se apropia de sfârşit prima noastră şedinţă, îmi dădeam seama că era inutil, pentru că nu puteam să îţi spun exact despre ce era vorba. Exact lucrul acesta m-a făcut să nu am speranţe cu privire la consiliere. Cu fiecare şedinţă, ne apropiam tot mai mult, iar eu dădeam înapoi şi după aceea mă înfuriam atât de tare pe mine însămi şi pe tine pentru că evitasem problema.

Pacienta se aşteptase ca terapeutul să condamne aceste sentimente, cum se întâmplase în copilăria ei. Totuşi, ea sperase totodată că voi fi mai insistent şi că aproape o voi forţa să se confrunte cu problema pe care o evita. Am acceptat furia pacientei

pentru că nu fusese capabilă să discute problema mai devreme şi i-am spus doar că fusese foarte dureros pentru ea să ducă povara acestor sentimente de una singură. Astfel, sentimentele de inutilitate pot să apară pentru că pacientul are un plan secret, însă îi este prea teamă să îl dezvăluie. Şi totuşi, se mai poate simţi furios pentru că nu eşti înzestrat cu suficientă intuiţie telepatică pentru a-l identifica! Acesta este motivul pentru care abordarea ar trebui să fie delicată şi pentru care încrederea se consolidează în timp. Problema este că, la început, pacientul nu are o experienţă a consilierii, pornind de la care să construiască astfel de judecăţi şi, prin urmare, nu este de nici un ajutor să încercăm să liniştim pacientul cu platitudini. Cei mai mulţi pacienţi nu se simt liniştiţi de către un terapeut despre care cred că nu înţelege cu adevărat ce se petrece în mintea lor, deoarece ei nu i-au relatat anumite detalii.

Cel mai important lucru în privinţa acestui mod de a analiza furia sau dispreţul este ca terapeutul să se concentreze constant asupra faptului că sentimentele şi comportamentele de suprafaţă sunt deseori strategii de protecţie (mânia şi dispreţul sunt emoţii legate de ameninţare, venind din partea sistemelor de detectare a *ameninţării*), iar scopul terapeutului este să îl ajute pe pacient să le recunoască şi să facă eforturi să le înfrunte. Încercaţi să nu luaţi în nume personal dispreţul unui pacient; validaţi-l ca pe o măsură de protecţie; manifestaţi interes pentru a înţelege ce înseamnă şi ce ar putea să însemne dacă ar renunţa la dispreţul său furios (cu alte cuvinte, care ar fi dezavantajele schimbării). Încercaţi să nu îl calmaţi sau să evitaţi subiectul, deoarece ar putea fi o problemă esenţială, legată de depresia pacientului. Recunoaşteţi totuşi că este dificil să vă angajaţi în terapie până când nu s-a stabilit un anumit gen de relaţie. Fiţi empatic faţă de existenţa fadă a unui pacient, care priveşte cu dispreţ către toţi ceilalţi şi nu îşi poate găsi alinarea alături de altă persoană. Acest gen de oameni sunt deseori prea puţin dispuşi să fie îngăduitori chiar cu ei înşişi!

Validarea şi încurajarea *obiectivelor pozitive în viaţă* şi a speranţelor pe care le nutresc persoanele depresive sunt de asemenea importante. Acestea şi-ar putea subevalua sau descalifica atributele

pozitive sau succesele lor anterioare, considerându-le false sau chestiuni ce țin de noroc. Ei ar putea denigra eforturile lor de a se vindeca, în loc să își recunoască strădaniile și curajul. Când oamenii trăiesc alături de alți semeni cu o atitudine critică, alte persoane ce întreține predispoziția submisivă a clientului, validarea evoluției lor în direcția unui comportament mai asertiv sau centrat asupra sinelui poate fi importantă. Pentru că făcea progrese și se simțea din ce în ce mai bine, Jane își dorea să obțină un loc de muncă și să urmeze cursuri de specialitate pentru a deveni profesor. Cu toate acestea, soțul ei era de părere că trebuia să stea acasă și vorbea cu dispreț despre aspirațiile ei, din cauza propriului sentiment de nesiguranță. Validarea înseamnă să ajungi să înțelegi tendința lui de a o critica pe Jane ca fiind legată de propriile sentimente de nesiguranță (și acest lucru ar putea să necesite terapia de cuplu ; Beach și Jones, 2002), dar și că obiectivele lui Jane erau expresii ale unei încrederi tot mai mari în propriile forțe și ale importanței pe care ea o acorda problemei.

Aspecte-cheie 7.3. *Empatie și validare*

1. Empatia implică o atenție specială acordată mesajelor afective verbale și nonverbale pe care le transmite pacientul.
2. Înseamnă lipsa unei atitudini critice.
3. Înseamnă să încurajăm explorarea, îndeosebi a zonelor esențiale și a temelor recurente din viață și presupune sensibilitate față de blocaje și/sau temeri.
4. Empatia este centrată pe cunoaștere, înțelegere și împărtășire mai curând decât pe acordarea ajutorului și alinare (cum se întâmplă în cazul compasiunii).
5. Empatia implică reflecție, analiză și efort, spre deosebire de compasiune, care poate fi imediată, automată și relativ lipsită de efort.
6. Empatia este flexibilă și evită să îl facă pe pacient să se simtă „catalogat sau expus".
7. Validarea ajută persoana să se debaraseze de rușine și să lucreze cu sentimentele sale.

O relație terapeutică centrată pe compasiune

Înţelegerea noastră în ceea ce priveşte psihologia şi procesele mentale implicate în empatie şi compătimire a evoluat în mod considerabil faţă de perioada lui Rogers (Decety şi Jackson, 2004). Aceste noi moduri de gândire trebuie incluse în felul în care înţelegem relaţia terapeutică. O modalitate de a asigura un cadru pentru aceste noi informaţii este concentrarea asupra rolului *compasiunii* în relaţia terapeutică. În realitate, eforturile de a înţelege natura compasiunii au fost iniţiate cu mii de ani în urmă. Nu numai că era esenţială în practica budistă Mahayana (Leighton, 2003), dar mulţi filosofi, mergând până la Platon şi Aristotel, o percepeau drept cheia unui comportament moral şi plin de grijă faţă de alţii (Nassbaum, 2003). De exemplu, Nassbaum (2003, p. 306) susţine că în urmă cu mai bine de 2.000 de ani, pentru Aristotel compasiunea era „un sentiment dureros, cauzat de neşansa sau suferinţa celuilalt". Mai mult, aceasta arăta că există trei elemente cognitive esenţiale în explicaţia perspectivei lui Aristotel. Acestea sunt prezentate pe scurt în felul următor:

> Primul element cognitiv al compasiunii este o convingere sau apreciere conform căreia suferința este mai mult gravă decât banală. Al doilea este convingerea conform căreia individul nu merită să aibă parte de suferință. Al treilea este convingerea că posibilitățile individului care experimentează emoțiile sunt similare cu cele ale suferindului. (Nassbaum, 2003, p. 36)

De asemenea, Nassbaum observă că putem simţi compasiune faţă de o persoană care aparent nu suferă în acel moment (de exemplu, cineva care şi-a pierdut raţiunea din cauza unei afecţiuni cerebrale sau care este în comă), deoarece înţelegem ce ar fi putut fi şi ceea ce au pierdut, chiar dacă ei nu înţeleg. Acelaşi lucru este valabil şi în cazul procesului prin care putem să

simţim compasiune pentru cineva care nici măcar nu înţelege ce ar fi putut deveni. Compasiunea în accepţiunea budistă se bazează pe ideea că noi suferim deoarece nu ştim cum funcţionează de fapt mintea noastră. O astfel de compasiune poate sta la baza iertării, precum în celebrele cuvinte ale lui Isus: „Iartă-i, căci nu ştiu ce fac". Compasiunea poate fi astfel legată de deţinerea unei cunoaşteri pe care celălalt nu o are, dar dacă ar avea-o, cu siguranţă l-ar ajuta.

Nu ne propunem să iniţiem un demers al istoricului compasiunii sau al acestor idei filosofice aici, dar trebuie remarcat că este vorba de un proces complex, ce a fost recunoscut ca atare cu mult timp în urmă, şi că este un aspect esenţial pentru starea de bine a fiinţelor umane. Este probabil surprinzător că, cu puţine excepţii (Davidson şi Harrington, 2002; Glaser, 2005), compasiunea nu a constituit preocuparea centrală a unor studii de specialitate. Deşi cei mai mulţi terapeuţi şi consilieri vor fi de acord că terapia de consiliere ar trebui să fie un proces plin de compasiune, există o oarecare neclaritate cu privire la ce înseamnă de fapt acest lucru (Glaser, 2005). Cu siguranţă el implică un tip de dispoziţie binevoitoare şi deschisă faţă de pacient, însă este cu mult mai mult decât atât. În ultimii 12 ani, am încercat eu însumi să dezvolt un model practic de compasiune, care, în mod specific, articulează componente esenţiale ale compasiunii şi care să fie folosit în terapie (Gilbert, 2000a, 2005a; Gilbert şi Irons, 2005), dar efortul meu trebuie văzut ca o „lucrare în desfăşurare".

Compasiunea este un proces complex, multifaţetat, iar terapiile diferite au fiecare dintre ele o perspectivă uşor diferită în această privinţă. După cum am remarcat, există o diversitate de modele terapeutice, care formulează ceea ce se crede că reprezintă ingredientele-cheie ale procesului de vindecare în relaţia terapeutică, cum ar fi empatia bine dozată, perspectiva pozitivă, reflectarea şi validarea, care pot constitui baza compasiunii (Gilbert, 1989; Gilbert şi Leahy, 2007; Kirschenbaum şi Jourdan, 2005; Lynch *et al.*, 2006; Norcross, 2002). Unii terapeuţi s-au aplecat totuşi

în mod special asupra subiectului compasiunii ca proces terapeutic (Glaser, 2005). De exemplu, McKay şi Fanning (1992), care au dezvoltat un program de autoajutorare pe bază cognitivă pentru consolidarea stimei de sine, înţeleg compasiunea ca un proces ce implică *înţelegere*, *acceptare* şi *iertare*. Compasiunea este o trăsătură-cheie pe care mintea o dezvoltă, urmând calea tradiţiei budiste, şi acest lucru înseamnă deschiderea faţă de suferinţa altor oameni, o recunoaştere a faptului că toate vietăţile sunt vulnerabile la suferinţă şi o puternică dorinţă de a uşura suferinţa celuilalt (Leighton, 2003 ; Neff, 2003a). (Vezi capitolul 11 pentru o analiză mai detaliată a compasiunii faţă de sine.)

O perspectivă a înţelegerii compasiunii se referă la faptul că aceasta este legată de un comportament plin de grijă şi a evoluat din potenţialul nostru de a avea grijă de alţii, de a-i proteja şi a-i iubi, în special când este vorba de copii şi rude. Abordarea mea în ceea ce priveşte compasiunea îşi are rădăcinile în teoria mentalităţii sociale, care este o abordare esenţialmente evoluţionistă a motivaţiilor şi competenţelor sociale (Gilbert, 1989, 2000c, 2005a, 2005b ; vezi şi pp. 81-82 din volumul de faţă). Acest lucru sugerează că un comportament plin de compasiune s-a dezvoltat din *predispoziţia de a avea grijă de ceilalţi*. Ca atare, acesta utilizează şi *modelează* o varietate de competenţe motivaţionale, emoţionale şi cognitive care sunt centrate pe conceptul de grijă. Acestea ne organizează mintea în anumite moduri şi astfel o putem denumi predispoziţie sau înclinaţie către compasiune. Această denumire se referă mai degrabă la formarea unei atitudini pline de compasiune, în loc să o ilustreze ca pe o schemă centrată (Gilbert şi Irons, 2005). Componentele sunt legate laolaltă în ceea ce eu am numit *cercul compasiunii* (vezi figura 7.1). Dacă apar probleme legate de oricare dintre aceste componente, compasiunea poate fi compromisă.

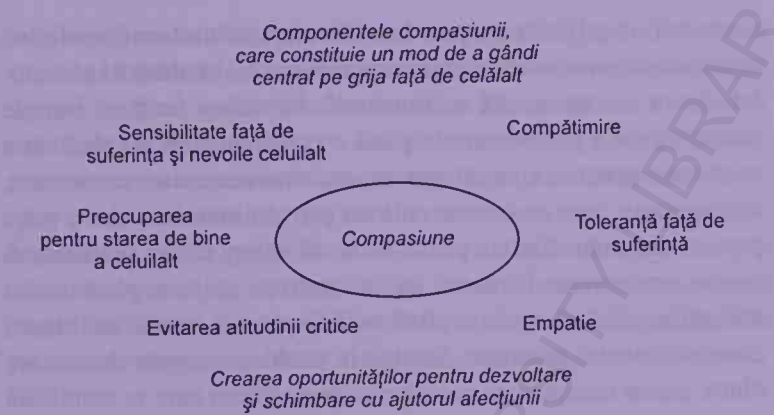


Figura 7.1. *Cercul compasiunii*

Adaptat după Gilbert, 2005a, p. 52, reprodus cu permisiunea Routledge.

Grija și preocuparea pentru starea de bine a celuilalt (pacientului)

Primul element constă în necesitatea de a exista o *motivație* și dorința de a fi de ajutor și de a avea grijă de ceilalți. În psihologia budistă, aceasta este dorința de a ușura suferința, însă acest lucru trebuie făcut „cu măiestrie", cunoscând cauzele suferinței și mijloacele prin care o putem alina. Elementele motivaționale ce au evoluat pornind de la compasiune pot fi descoperite în dezvoltarea altruismului și a preocupării față de ceilalți (Decety și Jackson, 2004; Gilbert, 1989, 2005a). Când ne gândim la compasiune ca fiind legată de grija pentru ceilalți, atunci putem gândi dincolo de centrarea pe tulburare și suferință și putem include factori care favorizează starea de bine și ne ajută să ne dezvoltăm propriul potențial. Altruismul face posibilă conturarea unei dorințe autentice de a-i ajuta pe alții, de a alina suferința și de a se angaja alături de alții în demersul schimbării ce va duce la starea lor de bine. Fogel, Melson și Mistry (1986, p. 55) definesc elementul esențial al grijii față de celălalt ca fiind: „asigurarea îndrumării,

protejării şi grijii în scopul de a încuraja schimbarea evolutivă corespunzătoare potenţialului scontat pentru schimbare al obiectului căruia i se adresează sentimentul". În acelaşi timp, ei sunt de părere că grija protectoare implică o *conştientizare* a nevoii de a nutri acest sentiment, *motivaţia* lui, *exprimarea* acestor sentimente, *înţelegerea* a ceea ce trebuie cultivat şi o abilitate de a ajusta grija protectoare cu feedbackul primit de la cel asupra căruia se îndreaptă aceste sentimente. În acest fel, să nutreşti grijă implică multă măiestrie, făcând apel la diverse competenţe, care facilitează comportamentul afectuos. Posibilele probleme legate de oricare dintre aceste competenţe pot afecta compasiunea care se manifestă într-o relaţie (terapeutică).

Totuşi, când o persoană care suferă de depresie experimentează aceste procese/motive, care au loc „în mintea unui terapeut" – altfel spus, când mintea unui terapeut se orientează spre pacient într-o manieră plină de compasiune – , acest lucru ar putea activa senzaţii de siguranţă şi liniştire. Să ne reamintim că acestea ar putea atinge niveluri joase în depresie, cauzând sentimentul de singurătate şi sentimentul de izolare faţă de ceilalţi. Experienţa de a simţi interesul sincer şi grija faţă de pacient din partea terapeutului ar putea trimite semnale sistemului de autocalmare, activându-l din nou sau cel puţin stimulându-l, chiar şi într-un mod discret. Pe măsură ce acest sistem devine activ, se pot crea oportunităţi pentru o nouă învăţare şi antrenare. Persoana depresivă ar putea percepe „dispoziţia" terapeutului în asociere cu sentimentele sale dureroase, ceea ce o ajută să se liniştească. Aceasta este cu siguranţă o chestiune ce trebuie cercetată.

Totuşi, trebuie să nu uităm că pentru unii pacienţi experienţa de a avea de-a face cu o persoană ce manifestă compasiune faţă de ei poate fi înfricoşătoare şi poate fi asociată cu convingeri negative (de exemplu, este o dovadă de slăbiciune, nu poţi avea încredere în oameni sau oamenii sunt drăguţi cu tine doar pentru a putea profita apoi). Persoanele depresive pot să creadă că atunci când te apropii de ele şi ajungi să le înţelegi s-ar putea să descoperi unele lucruri negative în legătură cu ele şi astfel interesul tău de

a le îngriji se va stinge și totul se va transforma în sentimente de rușine și frustrare. Persoanele care au fost abuzate pot experimenta „grija" ca fiind amenințătoare, deoarece alți oameni au manifestat interes în privința lor doar ca să-i abuzeze. Pentru unele persoane, primele experiențe ale sentimentului de grijă activează tristețea, care poate fi intensă și pe care o resimt ca fiind copleșitoare. Într-adevăr, mare parte din efortul depus într-o terapie centrată pe compasiune este dedicată chiar acestor temeri și convingeri negative (Gilbert și Irons, 2005). Terapia se axează în mod specific pe acest sistem al afectelor și pe aceste convingeri.

Sensibilitatea față de suferință

Aceasta presupune aptitudinile colaterale despre care am vorbit mai sus și se referă la felul în care un terapeut observă, asistă și procesează comportamentul verbal și nonverbal al pacientului (Gilbert și Leahy, 2007). Terapeuții instruiți în diferite școli de terapie își vor ascuți „auzul" în diferite moduri. Sensibilitatea față de ceea ce se petrece în universul interior al pacientului înseamnă că terapeutul trebuie să fie priceput când se angajează în relația terapeutică, astfel încât pacientul să-și poată spune povestea suferinței sale, așa cum o înțelege el. Este posibil ca terapeuții să audă lucruri extrem de tulburătoare, iar pacienții pot resimți un disconfort în timp ce își expun povestea. Terapeuții dețin modalitățile de a abate conversația de la aspectele care îi indispun pe pacienți. Dacă simt că devin eu însumi defensiv sau autocratic, înseamnă că probabil am încetat să îl mai ascult pe pacient și că sunt mai puțin sensibil la suferința lui, alunecând astfel într-o dispoziție și un stil competitive, defensive sau autoritare. Terapeuții trebuie să fie atenți în sinea lor la această posibilitate (Bennett-Levy și Thwaites, 2007). Terapia în cazul pacienților predispuși să experimenteze sentimente de rușine, care ar putea să „își ascundă" adevăratele sentimente și suferința față de terapeut, nu se poate desfășura printr-o operațiune strict tehnică (Leahy, 2005). Terapeuții

predispuşi să experimenteze ruşinea, care devin cu uşurinţă defensivi, ar putea reprezenta adevărate probleme pentru pacienţii cu aceeaşi predispoziţie (vezi Pope, Sonne şi Greene, 2006, pentru o explorare amănunţită a acestor aspecte).

Sensibilitatea faţă de nevoile unui pacient este legată de înţelegerea lucrurilor care l-ar ajuta să se simtă mai bine, să evolueze şi să se maturizeze. Aceste nevoi pot să apară în procesul terapeutic de descoperire asistată. Într-adevăr, un scop terapeutic major este să îţi ajuţi pacienţii să îşi formuleze obiective şi nevoi pozitive în viaţă, spre care să aspire. Totuşi, nevoile nu sunt sinonime cu acele „trebuinţe" inutile. Ele înseamnă să înţelegem aspectele care ne favorizează starea de bine. Cunoaşterea pe care te bizui pentru a împlini sarcina de alinare a suferinţei va depinde de modelele de terapie pe care le deţii.

Compătimirea

Am abordat subiectul compătimirii mai devreme. Să ne amintim că este vorba de o conexiune emoţională şi că noi suntem „mişcaţi" emoţional de suferinţa celuilalt.

Toleranţa la suferinţă

TCD (terapia comportamental-dialectică) şi alte terapii centrate pe acceptare (Hayes, Follette şi Linehan, 2004 ; Hayes, Strosahl şi Wilson, 2004 ; Linehan, 1993 ; Lynch *et al.*, 2006) s-au preocupat de modul în care pacienţii ar putea avea nevoie să înveţe să tolereze o suferinţă şi să o accepte, dar şi cum să se schimbe. În general, preocuparea esenţială a reprezentat-o focalizarea asupra pacientului. Totuşi, aceasta constituie totodată o problemă demnă de luat în seamă pentru terapeuţi şi nu s-a consacrat suficient timp explorării acestui aspect sau analizei nevoilor pe care le au terapeuţii (vezi Pope *et al.*, 2006). TCD pune accentul pe faptul că terapeuţii care lucrează cu unele cazuri complexe au nevoie să lucreze cu o echipă

care să îi susțină. Când te ocupi de cazuri de depresie complexe, îndeosebi de cele cu risc de suicid, este important să te simți sprijinit de o echipă, și nu vulnerabil față de „persecuție", dacă lucrurile vor merge prost. De asemenea, lucrul în echipă te ajută să te asiguri că ești pe calea cea bună în terapia cu pacientul tău și te sprijină prin cunoștințele, priceperea și sfaturile oferite. Astfel, ceea ce te poate ajuta în același timp să suporți dificultățile este să obții supervizarea atât de necesară din partea cuiva față de care poți fi deschis și cu care poți discuta propriile sentimente pozitive și negative, în loc să te descurci singur. Într-adevăr, un comportament plin de compasiune include modul în care avem grijă de noi înșine și ne preocupăm de propriile nevoi. Importanța preocupării pentru toleranța emoțională a terapeuților este puțin cercetată până în momentul de față, însă este un element-cheie în psihoterapie; abilitatea terapeutului de a tolera atât suferința pacienților săi, cât și propriile sentimente pe care pacienții le declanșează în interiorul lor.

Este important să fii deschis și să te simți mișcat de povestea vieții și de sentimentele pacienților, dar în același timp să nu încerci să alini definitiv suferința unei persoane, acționând ca un salvator sau angajându-te în vreun efort eroic. Desprinderea toleranței față de suferință, trăind pur și simplu cu aceasta, poate fi un element important în procesul de maturizare al pacientului. Desigur, nu se întâmplă întotdeauna ca lucrurile să se petreacă identic, iar terapeutul va trebui să facă o distincție clară între ceea ce înseamnă să experimentezi suferința, eschivare și „înfruntare directă" a suferinței, spre deosebire de gândurile obsedante lipsite de sens.

Pacienții predispuși la sentimentul de rușine, care au convingeri legate de inferioriate și incompetență, îi pot declanșa uneori aceste sentimente terapeutului. De exemplu, un pacient ar putea spune că se simte deznădăjduit și vrea să se sinucidă sau ar putea sugera că terapia nu îi este de nici un folos sau că terapeutul nu este suficient de atent cu el, nu îl înțelege suficient sau nu este îndeajuns de înzestrat. Toate acestea vor stârni anumite emoții terapeutului,

dar dacă el poate să înveţe să tolereze şi să ţină sub control sentimentele, odată cu o conştientizare atentă şi subtilă, atunci pacientul se va simţi protejat. Acest gen de atitudine este foarte diferită de o reacţie docilă sau liniştitoare faţă de furia unui pacient şi ar putea să fie necesar ca terapeutul să investigheze mai profund aceste sentimente. Aşadar, toleranţa faţă de suferinţă se referă de fapt la modul în care noi suportăm, acceptăm, ţinem sub control şi îi facem faţă suferinţei şi temerii cu care se confruntă atât pacientul, cât şi noi înşine.

Empatia şi gândurile pe care le are terapeutul faţă de pacienţi

Am analizat până acum diferite aspecte legate de empatie. Totuşi, mai există un alt aspect demn de luat în seamă. Este vorba despre modul în care o persoană care suferă de depresie ajunge să „vă stăruie în gând". Sunt diferite motive pentru care, după ce o şedinţă de terapie s-a încheiat, vă treziţi reflectând sau având gânduri recurente legate de pacienţii dumneavoastră. Este posibil să vă îngrijoraţi în legătură cu unii dintre ei şi puteţi trăi experienţa gândurilor intruzive (altfel spus, diferite preocupări şi îngrijorări legate de clienţi vă tot revin în minte). Uneori, acest lucru este posibil deoarece ei au declanşat anumite sisteme de detectare a ameninţării şi sunteţi îngrijorat că vreunul dintre ei şi-ar putea pune capăt zilelor în răstimpul dintre şedinţe sau ar putea avea o criză majoră acasă sau chiar vă întrebaţi cum face faţă unei provocări dificile pentru el. Sau s-ar putea să fiţi derutat în privinţa unuia dintre ei şi să nu fiţi sigur că sunteţi pe drumul cel bun sau dacă ar fi trebuit să faceţi ceva cu totul diferit în terapia pe care aţi început-o. Unele persoane par să aibă însuşirea de „a pătrunde în universul vostru interior". Cinstit vorbind, dacă aţi ales să fiţi consilier sau terapeut, înseamnă că aţi acceptat să lăsaţi oamenii şi problemele lor să vă invadeze mintea cel puţin din când în când. Din nou, supervizarea şi împărtăşirea dificultăţilor pot fi în acest caz de mare ajutor şi

este util să reflectați de ce vă gândiți la aceste persoane în afara ședințelor de terapie. Este util să vă rezervați timp pentru a reflecta când sunteți singuri; ați putea trece în revistă o ședință după ce s-a încheiat sau să vă gândiți la o viitoare ședință de terapie, astfel încât să intrați în starea de spirit necesară.

În acest fel, modul în care reflectați asupra terapiei și a persoanelor pe care încercați să le ajutați, felul în care căutați să gestionați situația și în care vă pregătiți pentru o ședință, toate acestea sunt modalități prin care mintea voastră se lasă „acaparată" de pacienți, în absența lor. Acestea pot fi procese importante în cadrul relației terapeutice.

Evitarea unei atitudini critice

Esențial în ceea ce privește perspectiva pozitivă necondiționată este să adoptați o atitudine ce exclude judecata critică. Acest lucru poate fi uneori dificil când, din motive absolut omenești, ne putem trezi că nu ne simpatizăm pacienții sau că ne facem griji pentru ei. Totuși, atitudinea terapeutică ideală este una observațională, și nu una critică. Această atitudine înțelegătoare ar trebui să se extindă și asupra propriei persoane. Terapeuții extrem de autocritici pot aborda anumite tehnici în terapie pentru a încerca să își țină propriul spirit autocritic la distanță.

Să fii lipsit de atitudine critică este o ipostază terapeutică, nu una legală sau morală. Problemele cele mai comune sunt asociate cu abuzul sau comportamentul ilegal. În aceste situații, trebuie să căutați sfaturi din partea unor psihoterapeuți care operează în aceste domenii și sunt recunoscuți pentru priceperea cu care tratează astfel de probleme. Cu toate acestea, în calitate de terapeuți, noi facem eforturi să înțelegem procesele implicate în problemele unei persoane, să vedem lucrurile prin ochii pacientului.

Empatia este un element-cheie pentru a obține o atitudine înțelegătoare. Acceptarea faptului că dacă am fi avut o zestre genetică diferită, dacă am fi învățat din alte experiențe sau conjuncturi

de viaţă, ne-am fi putut afla chiar noi în locul acestor oameni înseamnă să recunoaştem umanitatea noastră comună (Neff, 2003a). Este un simţământ puţin înfricoşător uneori. Perspectiva mea este că nu avem posibilitatea să ne alegem genele, familia în mijlocul căreia venim pe lume sau modul în care se dezvoltă creierul nostru sau conştiinţa noastră de sine. Dacă m-aş fi născut la Roma în urmă cu 2.500 de ani, aş fi putut să aştept cu nerăbdare luptele gladiatorilor din weekendul următor – ceea ce, după cum judec eu de fapt lucrurile, este oribil. Aceste gânduri ridică întrebări complexe despre conceptul de factor activ, autodeterminare şi responsabilitate, pe care nu le putem analiza aici (Wong, 2006). Putem totuşi să recunoaştem că suntem cu toţii prinşi în dramele vieţii, că avem creiere care au evoluat pe parcursul a milioane de ani şi că ne dăm silinţa să facem tot ce ne stă în putinţă. Acest simţ de *apartenenţă comună* la umanitate ne ajută să ne conectăm cu cel de lângă noi, care nu trebuie văzut ca o sumă de provocări ce trebuie rezolvate, ci mai curând ca un individ care suferă şi luptă. În TCD, terapeuţii sunt încurajaţi să împărtăşească unele dintre propriile poveşti (Lynch *et al.*, 2006) şi să formeze legături conectându-se la condiţia noastră umană comună. Bineînţeles, pot să apară probleme dacă acest lucru nu se realizează într-un mod judicios sau atent. Astfel, ideea principală este că adoptarea unei atitudini tolerante înseamnă să rămâi într-o dispoziţie empatică şi de conştientizare atentă – şi acest lucru nu este întotdeauna simplu.

Căldura

Căldura este o calitate dificil de identificat, pentru că se asociază în principal cu modalităţile de comunicare nonverbale şi stilurile interpersonale dintre terapeuţi şi pacienţi. Căldura este asociată cu afecţiunea, dar nu este afecţiune. Căldura implică deschidere, blândeţe şi smerenie. În acelaşi timp, probabil poate fi asociată cu încrederea şi un nivel relativ scăzut de anxietate. Când devenim neliniştiţi sau iritaţi, nu mai putem manifesta o atitudine prea

călduroasă. Când resimțim căldura interpersonală pe care celălalt ne-o transmite, crește probabilitatea de a ne simți în siguranță în prezența acelei persoane. Sunt convins că fiecare dintre noi a cunoscut terapeuți cărora le este dificil să se simtă relaxați sau să transmită căldură pacienților lor, probabil pentru că se simt neîncrezători sau din alte motive. Aceștia pot să spună lucrurile potrivite, însă într-un fel rigid și rece. Dezvoltarea unei anumite atitudini călduroase își poate avea uneori rădăcinile în atenția și compasiunea față de ceilalți. Deși depresia reprezintă o situație gravă și tristă, aceasta nu înseamnă că terapeuții trebuie să fie mohorâți și lipsiți de voioșie. Într-adevăr, abilitatea voastră de a zâmbi, de a glumi din când în când și de a manifesta un simț al umorului potrivit situației poate ajuta la crearea unei atmosfere de căldură și siguranță. Totodată, aceste interacțiuni pot stimula mecanismele de autoliniștire ale pacientului, dacă sunt dirijate într-un mod corespunzător. După cum am remarcat în capitolul 5, căldura înseamnă să împărtășești emoții pozitive și afiliative, precum și unele negative. În acest fel, căldura reprezintă contextul în care celelalte aspecte ale compasiunii pot înflori, iar fără căldură, ar fi dificil să manifestăm compasiunea.

Concluzie

Capitolul de față s-a ocupat de relația terapeutică. Am văzut că această relație este o creație realizată în comun, ce rezultă din interacțiuni, în care consilierul terapeut consolidează relația cu ajutorul aptitudinilor colaterale și al diverselor cunoștințe. Acestea cuprind forme de atenție, parafrazare, recapitulare și validare, care contribuie la formularea problemei și la acordul asupra unor sarcini și obiective alese într-o manieră de colaborare. În plus, ceea ce se desfășoară în mintea terapeutului și modul în care el pune în aplicare aptitudinile care aparțin „teoriei minții", empatia și compasiunea și evită proiectarea și atitudinea defensivă joacă roluri esențiale în modul în care relația va evolua și va funcționa.

Toate acestea sunt aptitudini care se dezvoltă în timp, odată ce se câştigă un nivel de experienţă şi cu ajutorul supervizării.

Cercetarea referitoare la natura compasiunii, empatiei, teoriei minţii, intersubiectivităţii şi influenţei reciproce a făcut progrese începând din momentul când Rogers a identificat pentru prima oară ingredientele-cheie ale relaţiei terapeutice. Un cadru ce ar putea fi util pentru a integra atât vechile, cât şi cele mai recente descoperiri privitoare la procesele interpersonale şi care ar putea să ne îndrume spre un nou obiectiv este importanţa atribuită compasiunii. Dacă vom înţelege care sunt componentele compasiunii, interdependenţa acestora şi modul în care se influenţează reciproc, vom descoperi o nouă perspectivă asupra relaţiei terapeutice.

Terapia centrată pe compasiune se fundamentează pe ceea ce este important în orice relaţie terapeutică (Norcross, 2002). Este o abordare care pur şi simplu pune accentul pe componentele-cheie ale acelui „mod de a trăi sau de a acţiona în spiritul compasiunii" în orice situaţie dată. Abordarea se centrează pe ideea că experimentarea compasiunii în terapie şi de către terapeut va avea un impact asupra mecanismelor de autoliniştire ale persoanei suferinde. Faptul că este ascultată, auzită, preţuită şi înţeleasă poate fi esenţial pentru a o ajuta să dobândească starea de calm. Apoi, aceasta ar putea să ajute persoana depresivă să se simtă în siguranţă şi acceptată şi, pornind de aici, să găsească curajul să se angajeze în rezolvarea problemelor sale de viaţă. Cu toate acestea, unele persoane depresive se vor teme de compasiunea terapeutului, deoarece ea reactivează unele mecanisme de ataşament şi declanşează amintiri neplăcute (Gilbert; Liotti, 2007). Totuşi, pentru cazurile mai simple, o abordare axată pe compasiune are un efect liniştitor.

BCU IAŞI

Capitolul 8

Începutul demersului terapeutic alături de persoana depresivă

Terapia parcurge diferite etape de-a lungul cărora natura relaţiei terapeutice şi sarcinile asumate se schimbă (Hardy *et al.*, 2007). Astfel, de exemplu, sunt unele lucruri care se petrec în fazele timpurii, iar altele, mai târziu.

Teme de lucru în etapele iniţiale

1. Stabilirea unui raport de cunoaştere (descoperirea reciprocă) şi crearea unei atmosfere de siguranţă.
2. Explorarea unor eventuale temeri, îngrijorări şi aşteptări legate de participarea la şedinţele de consiliere.
3. Explorarea poveştii pacientului prin întrebări deschise, manifestarea curiozităţii, reflecţie şi sumarizare şi identificarea unor teme- şi stiluri-cheie:
   a) prin abordarea unei perspective cronologice;
   b) lucrând din perspectiva lui „aici şi acum".
4. Evaluarea profilului simptomatic al depresiei şi a riscurilor posibile.
5. Dobândirea unei înţelegeri şi a unei intenţii comune ce conduc la:
6. Discutarea naturii depresiei.
7. Stabilirea unei formulări reciproc acceptate.
8. Explicarea metodei de lucru în terapie şi a raţiunii pentru care a fost aleasă.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

9. Discutarea unor eventuale sarcini şi obiective pe care şi le propune terapia.
10. Înlăturarea sentimentului de ruşine asociat cu depresia.

Toate acestea reprezintă primele etape ale consilierii, care asigură o platformă pentru desfăşurarea unei activităţi centrate pe atingerea obiectivelor.

Teme de lucru în terapia avansată

1. Dezvoltarea suplimentară a formulării.
2. Acceptarea de comun acord şi angajarea în rezolvarea sarcinilor terapiei.
3. Intensificarea conştientizării relaţiei dintre gânduri, sentimente şi comportament.
4. Explorarea generării şi exersării unor moduri alternative de a gândi, de a simţi şi de a se comporta.
5. Practica independentă şi experimentele comportamentale.
6. Identificarea şi lucrul în detaliu cu probleme specifice (de exemplu, manifestări ale autocriticii).
7. Identificarea şi lucrul cu elementele mai dificile.
8. Pregătirea pentru încheierea terapiei.
9. Bilanţul şi păstrarea aptitudinilor învăţate.

Dezvoltarea unui raport de cunoaştere

După cum am remarcat în capitolul 7, primele obiective ale terapiei sunt construirea relaţiei şi crearea unui sentiment de siguranţă între terapeut şi client. Trebuie reţinut că toate acestea continuă de-a lungul actului de consiliere. Procesul de cunoaştere începe când persoana a păşit pentru prima oară în cabinetul vostru şi este la fel de important până în momentul când îşi ia rămas bun. Începutul înseamnă să faci cunoştinţă cu pacientul şi să afli natura dificultăţilor actuale cu care acesta se confruntă, iar pacientul trebuie

de asemenea să vă cunoască. Persoane cu grade diferite de depresie trec prin aceste etape în ritmuri diferite şi deseori traversează unele etape ce se suprapun (Liotti, 2007).

Temeri şi îngrijorări legate de participarea la consilierea terapeutică

Când cei mai mulţi dintre clienţi ne calcă pentru prima oară pragul, ei trăiesc un amalgam de speranţe şi temeri legate de prima şedinţă de consiliere. Terapeutul poate crea oportunitatea de a discuta despre diferite gânduri şi sentimente pe care le poate avea persoana depresivă în legătură cu venirea la şedinţa de consiliere terapeutică: ce motivaţii şi ce aşteptări are? După prezentările iniţiale, consilierul poate discuta despre natura recomandării medicale spre consultanţă de specialitate sau despre motivul pentru care persoana a ajuns la şedinţele de consiliere. Astfel, chiar de la începutul primei discuţii, aţi putea pune diverse întrebări. De exemplu, aţi putea întreba: „Înainte să începem să discutăm mai detaliat, mă întreb dacă am putea să vorbim despre ceea ce v-a trecut prin minte ştiind că trebuia să veniţi astăzi aici". Iată câteva dintre gândurile şi sentimentele tipice care ar putea să fie revelate de această discuţie:

1. Mi s-a recomandat să vin (de către medicul de familie, soţ[ie], prieteni).
2. M-am gândit că trebuia să fac ceva.
3. Nu vreau să fiu nevoit să iau medicamente.
4. Aş vrea să îmi spuneţi ce să fac.
5. Nu are nici un sens, nimic nu mă poate ajuta.
6. Mă îndoiesc că o să mă înţelegeţi (tema ruşinii).
7. Mă aştept să-mi spuneţi că este vina mea şi că ar trebui să mă adun (tema ruşinii).
8. S-ar putea să descoperiţi că sunt o persoană slabă, rea sau o cauză pierdută (tema ruşinii).
9. Îmi doresc să vin, dar soţul/soţia nu este de acord. (De aici, s-ar putea ivi diferite probleme relaţionale, care ar putea influenţa lucrul în consiliere.)

Un terapeut admite posibilitatea acestor îngrijorări, dar sugerează că acestea sunt lucruri care pot fi abordate pe măsură ce terapia avansează. Până când pacientul va câştiga o oarecare experienţă în legătură cu persoana dumneavoastră şi colaborarea în terapie, nu are prea multe elemente pentru a-şi fundamenta propriile judecăţi. Uneori, terapeutul poate sugera posibilitatea ca acesta să îşi aducă soţia sau unii membri ai familiei la consiliere în anumite momente de pe parcursul procesului terapeutic. Unii găsesc util acest lucru, însă alte persoane depresive vor ca terapia să fie doar „pentru ele" şi să nu îi includă pe alţii, îndeosebi la început. Este posibil ca aceştia să se simtă derutaţi şi să aibă nevoie de timp pentru a-şi explora propriile gânduri şi sentimente. De asemenea, ar fi preferabil ca terapia de cuplu să se desfăşoare alături de un alt consilier terapeut. Oricare ar fi temerile şi îndoielile privitoare la angajarea în consiliere, terapeutul va încerca să le clarifice şi să le aducă în discuţie, dar nu se va angaja într-o discuţie detaliată, deoarece, în acest moment, pacientul nu va avea nici o bază pentru a aprecia cum urmează să se înţeleagă cu terapeutul, cum va fi structurată consilierea sau cât de utilă va fi. Dacă persoana depresivă are temeri şi îndoieli puternice în legătură cu participarea la şedinţele de consiliere, terapeutul ar putea spune ceva de genul: „Aceste îngrijorări sunt explicabile. În această etapă, având în vedere că suntem la început, poate că am putea să vedem cum evoluează această şedinţă şi să analizăm situaţia pe măsură ce avansăm". Fiţi prietenos şi deschis în atitudinea pe care o abordaţi. Ideea este că atât timp cât şedinţa se află în derulare, acest lucru vă va ajuta să construiţi o alianţă destul de solidă pentru a menţine interesul pacientului. Alte tipuri de comportament care contribuie la dezvoltarea raportului cu pacientul şi la depăşirea temerilor de a veni la şedinţele de consiliere sunt acele aptitudini esenţiale evidenţiate în capitolul 7.

Aspecte-cheie 8.1. *Inițierea procesului*

1. Nu uitați de problema raportului de putere în cadrul terapiei şi încercați să creați o ambianță de siguranță (altfel spus, una prietenoasă şi deschisă, însă nu negați existența raportului de putere).
2. Fiți conştient de ruşinea cauzată de depresie şi (posibil) de nevoia de consiliere. Abordați acest aspect, dar fiți totodată conştient de faptul că un pacient ar putea avea anumite probleme secrete despre care îşi doresc să vorbească, însă le este prea ruşine să o facă.
3. Recunoaşteți că o teamă frecventă este aceea că terapia ar putea să nu dea rezultate în cazul pacientului respectiv.
4. Creați o oportunitatea pentru a discuta temerile legate de venirea la şedințele de consiliere sau de a fi supus procesului terapeutic.
5. Evitați să îi dați pacientului încurajări nefondate sau să faceți afirmații autoritare (cum ar fi: „trebuie să ai încredere în mine").
6. Nu uitați că încrederea se clădeşte odată cu experiența.

Explorarea poveştii

La început, înainte de a afla povestea pacientului, terapeutul îl invită să înceapă făcând apel la dialogul socratic (vezi capitolul 9). În continuare, să urmărim exemplul oferit de o persoană depresivă, pe care o vom numi Peter. Asemenea tuturor materialelor analizate în cartea de faţă, dialogul de mai jos este creat în scop demonstrativ şi reprezintă combinaţia mai multor discuţii.

Terapeutul: Am vorbit puțin despre sentimentele pe care ți le-a trezit gândul că trebuia să vii la şedința de consiliere şi simptomele pe care le-ai experimentat. Poate că am putea să discutăm despre ceea ce s-a întâmplat cu tine în ultima vreme.

Peter: Da, se pare că s-au tot adunat o mulțime de probleme. Mă simt depăşit de situație, parcă nimic nu mai are rost.

Terapeutul: De câtă vreme eşti stăpânit de acest sentiment?
Peter: O, nu ştiu exact, cam de un an. Poate mai mult.
Terapeutul: Dar înainte de asta? Privind în urmă cu doi ani, cum te simţeai atunci?
Peter: Ei, nu aşa ca acum. Lucrurile păreau să meargă bine atunci.
Terapeutul: Deci ai început să te simţi deprimat cam în urmă cu un an, dar înainte totul părea să fie în regulă.
Peter: Da.
Terapeutul: S-a întâmplat ceva în ultimul an care ar putea avea o legătură cu felul în care te simţi acum?
Peter: Păi, nu este doar un singur lucru. Sunt mai multe.
Terapeutul: Mai multe lucruri? Ai putea să îmi vorbeşti despre ele?
Peter: Speram să ne mutăm într-o casă nouă, cam în urmă cu un an, şi apoi am ajuns să avem tot felul de probleme financiare. După aceea, a mai apărut o problemă la locul de muncă. Nu am fost promovat, aşa cum ar fi trebuit, şi toate planurile noastre au început să o ia la vale. Am început să mă cert cu soţia şi am ajuns să fiu destul de nervos. Era ca şi cum nimic nu-mi mai mergea bine.

[*Apoi, pacientul a explicat diferite evenimente din viaţa lui şi modul în care se întâmplaseră.*]

Terapeutul: Înseamnă că ai avut o perioadă destul de nefastă în ultima vreme. Se pare că ai avut câteva dezamăgiri majore. Presupun că este destul de extenuant.
Peter: Da, se poate spune şi aşa.

Odată ce terapeutul şi-a făcut o idee generală despre evenimentele din viaţa pacientului (proces ce poate dura în realitate mult mai mult faţă de modul în care a fost reprodus aici), ar putea dori să centreze discuţia. Acest lucru ajută la întocmirea unei liste de probleme şi la stabilirea priorităţilor în cazul respectivei persoane. Nu uitaţi că problemele sunt de obicei atât de natură externă, cât şi internă. De exemplu, ceea ce urmează ar putea fi o listă potrivită situaţiei lui Peter.

Probleme externe	*Probleme interne*
Să ajungi la un blocaj în carieră atunci când îți dorești promovarea	Să simți că nu îți poți controla emoțiile și stările sufletești
Conflicte cu soția și o relație mai puțin afectuoasă	Să îți pierzi motivația, să fii obosit
Îngrijorări de natură financiară	Să fii autocritic
Să îți dorești să îți schimbi locuința	O senzație generală de dezamăgire

Dați dovadă de sensibilitate atunci când întocmiți o listă a problemelor, deoarece unele persoane depresive se pot simți copleșite și chiar mai rău decât se simțeau înainte de a o citi. Rămâneți la fel de deschis spre colaborare și întrebați-l: „Crezi că ar ajuta dacă am pune pe hârtie câteva dintre îngrijorările și preocupările tale majore?". Întrebați-l care îi sunt prioritățile.

Terapeutul: Dacă ne-am uita la toate aceste dezamăgiri, care dintre ele pare să te fi afectat cel mai mult?

Peter: Ei bine, în acest moment, este vorba despre relația cu soția mea. Eram foarte apropiați la început, însă acum parcă ne-am îndepărtat unul de celălalt. Într-un fel, știu că eu sunt de vină. Cred că am distrus totul, dacă e să fiu cinstit.

Terapeutul: Așadar, ceea ce te preocupă în principal acum este relația cu soția?

Peter: Da, ne certăm des. Nu înțelege ce simt eu din cauza acestor probleme. Îmi spune că o să fie totul bine și că am obiceiul să fac din țânțar armăsar. Încerc să îi explic, însă nu vrea să mă asculte.

Terapeutul: Bine, poate ar trebui să facem din asta o prioritate la care să te gândești și pe care să o rezolvăm – sau crezi că este altceva mai urgent acum pentru tine?

Aceasta este o temă destul de comună în depresie și este povestea celui care se simte neînțeles și care nu primește empatie din partea celor dragi. În cazul de față, putem observa felul în care pacientul oscilează între „am distrus totul" și „nu vrea să mă

asculte". Terapeutul ar trebui totodată să fie precaut cu privire la posibilitatea ca pacientului său să îi fie teamă că şi el va avea o atitudine similară cu a soţiei (adică să nu îl asculte sau să nu fie de partea lui). Acest subiect necesită o abordare empatică. Dacă terapeutul se va grăbi să pună în aplicare mult prea repede unele tehnici, pacientul poate ajunge la ideea că, „exact ca şi ceilalţi, terapeutul crede că sunt iraţional sau nevrotic".

Uneori, pacienţii pot prezenta lucrurile vizibil înfuriaţi. De exemplu: „Tot încerc să le explic cum mă simt celorlalţi, medicului meu de familie şi altora, dar ei parcă nici nu ascultă/înţeleg". Un posibil răspuns din partea terapeutului ar fi: „Deci simţi că persoanele cărora li te adresezi pentru a primi ajutor nu te iau în seamă. Trebuie să fie destul de supărător". Cu alte cuvinte, ar putea fi util un anumit gen de reflectare şi validare a sentimentelor de frustrare. Posibile răspunsuri care nu vor ajuta: „Ei bine, până acum n-ai vorbit cu mine" sau „Nu te pot ajuta până când nu îmi spui cu ce probleme te confruntţi". Acestea sunt răspunsuri defensive din partea terapeutului.

Să ne întoarcem la Peter, care este în conflict cu soţia lui. Subiectul de bază este faptul că simte că ceilalţi nu îi observă zbuciumul interior şi nu înţeleg cât de greu îi este. În acest moment, consilierul are de ales. Consilierea s-ar putea centra asupra datelor din trecutul pacientului sau pe explorarea semnificaţiei pe care o are pentru pacient comportamentul soţiei. Să aruncăm o privire asupra ambelor opţiuni, deoarece se poate să aveţi nevoie de amândouă când urmează să dezvoltaţi propria formulare.

Întrebările legate de trecutul pacientului

În cazul depresiei, cu excepţia formelor foarte uşoare, terapeutul trebuie să aibă o privire de ansamblu asupra trecutului unei persoane. De fapt, cele mai multe demersuri pentru formularea unei strategii de abordare a depresiei pornesc de la ipoteza că

deţineţi deja o anumită înţelegere a cauzelor ce stau la baza principalelor convingeri, temeri şi strategii de siguranţă ale pacientului (Tarrier, 2006).

Terapeutul: Dacă am înțeles bine, într-un fel, starea de depresie din prezent se centrează în jurul gândului că soția ta nu te ascultă când îi vorbeşti despre îngrijorările şi temerile tale şi aceasta este problema esențială pentru tine în momentul de față. Mă întreb dacă am putea, deocamdată, să ne concentrăm cu mai mult atenția asupra acestui subiect. Ai mai avut astfel de gânduri şi înainte, în alte relații de-ale tale?

Peter: Păi, dacă mă gândesc bine, deseori s-a întâmplat ca lucrurile să stea aşa. Când eram copil, părinții aveau tot felul de probleme financiare şi se tot certau, aşa că nu rămânea prea mult timp pentru noi, cei mici. Vreau să spun că îşi dădeau şi ei silința, dar dacă uneori ne era mai greu, nu prea voiau să ştie.

Terapeutul: Hm, sentimentul ăsta care s-a instalat atât de devreme, că ceilalți *nu au timp pentru tine* şi că totul este în strânsă legătură cu lipsa banilor, ar putea fi important. Am putea să mai zăbovim puțin asupra acestei probleme pentru a înțelege cum au stat lucrurile când ai devenit adult?

Când discutaţi întregul trecut al pacientului, puteţi explora în mod sistematic următoarele relaţii-cheie:

1. Relația cu mama.
2. Relația cu tatăl.
3. Relația dintre mamă şi tată.
4. Relația cu frații.
5. Relațiile cu prietenii de aceeaşi vârstă şi cu colegii de şcoală.
6. Primele relații cu persoanele de sex opus.
7. Relațiile conjugale.
8. Relațiile cu copiii.
9. Alte relații importante (de exemplu, cu bunicii, unchii, mătuşile sau profesorii).

10. Relațiile cu prietenii.
11. Evoluția situației profesionale.
12. Principalele hobby-uri şi surse de distracție.
13. Principalele ambiții şi țeluri în viață.
14. Modalități specifice de a face față stresului.
15. Evenimente majore care s-au petrecut recent şi în decursul timpului.

Aceste întrebări legate de trecutul pacientului îi permit terapeutului nu doar să ajungă să îşi cunoască mai bine clientul în contextul evenimentelor majore prin care a trecut în viaţă, dar îi oferă în acelaşi timp acestuia din urmă şansa de a-şi relata povestea vieţii şi de a înţelege că terapeutul va avea o imagine de ansamblu asupra temelor-cheie din existenţa sa. În plus, astfel începe procesul prin care se stabilesc diverse conexiuni între lucruri şi devine mai clar de ce pacientul este deprimat şi de ce acest lucru se întâmplă acum. De asemenea, pe măsură ce se derulează dialogul, pacientul se liniştește şi se simte mai confortabil discutând. Totuşi, fiţi atent la starea acestuia, pentru că în cazul clienţilor foarte deprimaţi, ar trebui abordate la început probleme mai concrete.

Pe măsură ce exploraţi momente din trecutul său, veţi verifica în mod constant două aspecte. În primul rând, patternurile repetitive (cum ar fi respingerea, neglijarea, abuzul sau protejarea excesivă sau nevoia de a avea grijă de alte persoane). În al doilea rând, veţi fi preocupat de *semnificaţiile*, *atitudinile* şi *convingerile* care s-au dezvoltat în cadrul acestor relaţii, adresând întrebări precum: „Cum te-a influenţat acest lucru?", „Ce a însemnat lucrul acesta pentru tine?", „Ce semnificaţie ai atribuit întâmplării?", „Ce concluzie ai tras?". De exemplu:

Terapeutul: Ce fel de relație aveai cu mama ta?

Peter: Ei bine, îmi era milă de mama. Avea prea multe probleme pe cap. Tatei nu îi prea păsa. El nu prea se implica. Muncea din greu şi, după orele de muncă, se ducea cu colegii la băut. Ne dădea câte-o scatoalcă dacă făceam vreo năzbâtie, dar nu se prea omora el cu educația noastră.

Terapeutul: Atunci, pentru tine, mama ta era mai degrabă o persoană singură, într-un fel închisă în propria lume?

Peter: Da, probabil că era deprimată.

Terapeutul: Cum crezi că te-a afectat să creşti alături de o mamă depresivă şi un tată distant, cum ți-a influențat convingerile despre propria persoană şi despre ceilalți? La ce crezi că ar fi putut să te predispună aceasta?

Dacă vă veţi concentra pe strategiile de siguranţă, veţi fi interesat de felul în care Peter vorbeşte despre sensibilităţile pe care este posibil să le fi dezvoltat încă din copilărie şi cum a învăţat să facă eforturi pentru a le evita (altfel spus, care sunt cele mai importante temeri şi strategii de siguranţă). Sau s-ar putea să fiţi interesat de principalele convingeri şi predispoziţii (vezi capitolul 9). Peter a continuat să dezvăluie diferite idei, ale căror puncte comune erau faptul că ceilalţi erau în general indisponibili pentru el, că temerile şi îngrijorările sale nu erau luate în serios de cei din jur şi, foarte important, că nimeni nu putea să vadă lucrurile din perspectiva sa. Mai era vorba, în acelaşi timp, şi de o relativă lipsă de afecţiune fizică. Peter avea un stil complex de ataşament. Am putut identifica această temă de bază ca lipsa aprecierii, observând că el fusese foarte preocupat pe tot parcursul vieţii să dobândească recunoaşterea şi validarea din partea celorlalţi. Să fie apreciat de către bărbaţii cu un statut superior pentru munca depusă era un lucru important pentru el şi puteţi observa cum se leagă acest lucru de faptul că a avut un tată distant. Şi, astfel, începea să capete sens modul în care problemele de la locul de muncă (unde nu reuşise să obţină promovarea) şi cele cu soţia sa aveau legătură cu tema lipsei de apreciere/validare şi dezamăgirea ce decurgea de aici. În capitolele 5 şi 6, ne-am oprit să analizăm diferite stiluri de ataşament şi felul în care acestea generează diferite vulnerabilităţi. De exemplu, este posibil ca persoana deprimată să fi învăţat diverse strategii prin care să facă faţă unor stiluri parentale abuzive, de respingere sau prea solicitante: a) să

fie docilă şi să evite conflictul ; b) să încerce să aibă mereu succes pentru a-i impresiona pe alţii şi pentru a câştiga aprecierea lor ; c) să pună nevoile altora mai presus de ale sale (probabil o strategie mai frecventă în cazul femeilor) ; d) să fie agresiv şi să se asigure că îi controlează pe alţii (probabil o strategie mai frecventă în cazul bărbaţilor).

Alte aspecte importante pot să implice rivalitatea dintre fraţi şi competitivitatea (Gilbert şi Gelsma, 1999). Stabilirea unui plan al experienţelor esenţiale, al amintirilor cu încărcătură emoţională şi al atitudinilor faţă de persoanele apropiate va constitui un element important, întrucât vă va ajuta, pe dumneavoastră şi pe clientul dumneavoastră, să începeţi să înţelegeţi felul în care depresia poate fi legată de memoria afectivă, de atitudini şi experienţe care existau înainte de instalarea depresiei (Brewin, 2006 ; Gut, 1989 ; Safran, 1998 ; Safran şi Segal, 1990). Împărtăşirea acestor experienţe poate contribui la consolidarea raportului şi pot întări senzaţia de a fi înţeles, de a împărtăşi terapeutului o parte a propriei existenţe. Uneori, recunoaşterea temelor esenţiale din povestea vieţii acelei persoane poate suscita emoţii puternice. De exemplu, să vedem cum ar descrie Susan relaţia cu mama ei :

Susan: Mama era o persoană rece. Dacă ne loveam, ea ne spunea să nu fim nişte „mimoze" şi să ne „venim în fire". Nu îmi aduc aminte să ne fi strâns în braţe vreodată sau să ne dea un semn că măcar îi păsa de noi. Dacă văd la televizor o scenă în care o mamă şi copilul ei stau împreună şi e evident că se iubesc sau ceva de genul ăsta, mă simt copleşită.

Terapeutul: [*Făcând o pauză şi uitându-se pentru a observa dacă ideea aceasta începe să activeze sentimente profunde pentru pacientă, terapeutul are senzaţia că pacienta se luptă cu propriile trăiri*] Poate sentimentul acesta de a te simţi „compleşită" reuşeşte să scoată la suprafaţă ceva ce ţi-ai dori, un fel de recunoaştere a unei suferinţe profunde?

Susan: [*Cu ochii în lacrimi*] O, da, [*pauză*] da!

Terapeutul: [*Pauză şi continuă cu blândeţe*] Poţi să îmi spui la ce te gândeşti în momentul acesta?

Susan: La ce ai spus despre suferinţa profundă. Ca şi cum ar fi vorba despre ceva extrem de profund, poate mult prea profund.

Terapeutul: Mult prea profund?

Susan: Da, mult prea profund.

Terapeutul: Ca şi când ar fi imposibil să ajungi la sursa acestei dureri?

Susan: Da, cred că da.

Terapeutul: Pare să fie un sentiment de deznădejde, de deşertăciune.

Susan: [*Plânge şi încuviinţează dând din cap*].

În această situaţie, terapeutul s-a folosit de empatie şi a fost capabil să identifice tema deşertăciunii şi a frustrării, care este puternic încărcată emoţional. Totuşi, sentimentul de deznădejde este adesea perceput ca fiind mult prea profund, intangibil şi incurabil. Mai târziu, Susan a schimbat formularea în „imposibil de reparat". Acest exemplu demonstrează că, încă din prima şedinţă de consiliere, pot fi explorate date din trecutul pacientului, pot fi scoase la suprafaţă amintiri şi convingeri cu mare încărcătură emoţională.

Este posibil ca un pacient să scoată la lumină o poveste îngrozitoare (să spunem, de abuz), fără a manifesta vreo emoţie sau părând prea puţin afectat. În acest caz, terapeutul observă absenţa emoţiei şi poate să atragă atenţia asupra acestui aspect mai târziu. Cu toate acestea, a lucra cu emoţiile şi sentimentele „de clivaj" este o operaţiune mai complexă decât am putem expune pe scurt aici (vezi Greenberg, Rice şi Elliott, 1993 ; Greenberg şi Watson, 2006).

În explorarea acestor aspecte, pacientul poate să înceapă să-şi construiască o idee a modului în care unele experienţe anterioare au condus la temele şi aspectele esenţiale ale identităţii de sine. Amintiţi-vă că pe parcursul explorării trecutului terapeutul întreabă : „Ce a însemnat lucrul acesta pentru tine ? ". În cazul de faţă,

terapeutul este interesat de modul în care s-a dezvoltat identitatea de sine. Să revenim la cazul lui Susan:

Terapeutul: Spuneai că ți s-a întâmplat rar ca mama ta să te îmbrățișeze și acest lucru ți-a dat senzația că poate lucrurile nu mai pot fi reparate. Crezi că ar fi bine să ne concentrăm pe acel sentiment deocamdată și să îmi spui la ce concluzie ai ajuns în privința ta?

Susan: Acum sau atunci?

Terapeutul: Ei bine, și acum, și atunci. Hai să ne gândim pentru început cum era atunci, cum te simțeai în perioada respectivă.

Susan: Nu știu ce să spun. Vedeam cum alți părinți își îmbrățișau copiii și mă întrebam de ce la mine acasă lucrurile stăteau altfel. Cred că într-un cotlon al minții mi-a încolțit ideea că poate ceva era în neregulă cu mine.

Terapeutul: Ceva să fie în neregulă cu tine?

Susan: Poate că nu mă iubea pentru că nu meritam să fiu iubită.

Terapeutul: Te-ai gândit care ar fi fost motivele pentru care ai fi putut să nu meriți să fii iubită?

Susan: [*Face o pauză și privește în jos*] Nu am mai spus niciodată lucrul ăsta nimănui până acum, dar trebuie să știi că am fost cea de-a doua fată în familie, și uneori mă gândeam că poate ei și-ar fi dorit un băiat în loc de încă o fată.

În acest moment al colaborării noastre, am observat că Susan a introdus două idei noi: a) a merita să fii iubit; b) genul. Acum terapeutul ar putea să verifice dovezile. De exemplu, pentru că mama ei nu o îmbrățișa, de ce ar fi însemnat acest lucru că nu o iubea? Sau să investigheze dacă Susan credea că sora ei fusese tratată într-un mod diferit. Totuși, aceste abordări ar fi lipsite de empatie și ar risca să declanșeze invalidarea. Dacă veți opta pentru o abordare evoluționistă, așa cum am procedat în cazul de față, nu veți pune aceste întrebări, deoarece veți presupune că *experiența* de a fi iubit este legată de un anumit tip de semnale (în special

manifestările fizice ale afecţiunii). Este mai puţin important dacă mama ei o iubea sau nu, în comparaţie cu faptul că Susan nu îşi amintea să fi perceput anumite semnale care să sugereze că cineva avea grijă de ea şi o iubea. Este foarte posibil ca mama ei să o fi iubit, dar să fi avut dificultăţi legate de exprimarea afecţiunii. Aşadar, reţineţi că experienţa emoţională este cea care primează. Prin urmare, terapeutul remarcă această conexiune, continuă să exploreze ideile şi sentimentele legate de sine şi mai târziu oferă o concluzie şi o validare empatică.

Terapeutul: Deci, aveai impresia că deoarece mama ta nu te îmbrăţişa prea des, iar alţi copii erau trataţi diferit, asta înseamnă că mama ta nu te iubea. Şi, în acelaşi timp, credeai că totul era cauzat de faptul că ea îşi dorise un băiat şi nu încă o fată.

Susan: Da, cam aşa ceva. Da.

Terapeutul: Teribil! Susan, trebuie să fi fost o experienţă foarte tristă şi care te-a făcut să te simţi singură.

Mai târziu a fost posibil să se analizeze „dovezile" şi astfel s-a descoperit că mama ei fusese la fel de distantă şi faţă de sora ei. Nu se putea dovedi că mama îşi dorise un băiat. Cu toate acestea, sora ei făcuse faţă lipsei de afecţiune din partea mamei sale într-un mod diferit, iar acest lucru a făcut ca Susan să se simtă şi mai complexată *faţă de* sora ei.

În această etapă, am apelat la date din trecutul persoanei pentru a explora temele fundamentale din relaţia eu-celălalt. Aceasta este o parte din procesul de cunoaştere reciprocă şi totodată a explorării temelor de viaţă fundamentale din povestea pacientului. Ea îl ajută pe pacient să simtă că este înţeles. Clienţii voştri nu sunt o sumă de probleme disparate sau o schemă asupra căreia terapeutul poate aplica tehnici *ad hoc*. În schimb, terapeutul trebuie să nu uite că are de-a face cu persoana ca un întreg, întrucât oamenii trăiesc ducând cu ei propria istorie şi înţeleg sensul prezentului în virtutea a ceea ce li s-a întâmplat în trecut.

Întrebări legate de prezent

O parte a terapiei axate pe momentul prezent implică dobândirea unei priviri de ansamblu şi elaborarea unei liste de probleme curente (vezi p. 347). Unul dintre aspectele de pe lista de probleme a lui Peter era autocritica. Puteţi anticipa faptul că autocritica va reprezenta o problemă pentru majoritatea pacienţilor dumneavoastră depresivi şi este important să dobândiţi informaţii despre modul în care pacientul îşi evaluează sinele. De mare ajutor în cazul de faţă este ca terapeutul să se concentreze asupra unui exemplu specific şi să exploreze felul în care diverse idei sunt legate între ele. Acest proces este denumit *lanţuri de raţionamente deductive* (vezi capitolul 9). În acest exemplu, ne putem centra asupra sentimentului de ruşine şi vom face acest lucru explorând modul de autoevaluare.

Terapeutul: Peter, această temă a nevoii de apreciere este în mod evident importantă pentru tine. Totuşi, mă întreb ce îți trece prin minte când te gândeşti la tine, atunci când ceilalți nu par să-ți recunoască sentimentele aşa cum ți-ai dori.

Peter: Nu cred că am înțeles ce vrei să spui.

Terapeutul: Bine. Hai atunci să luăm un exemplu. Să ne imaginăm că în seara aceasta o să încerci să îi vorbeşti soției tale, iar ea nu o să fie prea interesată, aşa cum ți-ai dori tu. La ce o să te gândeşti?

Peter: Hm, cred că o să simt că ei de fapt nu prea îi pasă de mine. O să fiu din nou o pacoste pe capul ei şi nu ar trebui să simt ceea ce simt. [*Tema ruşinii externe de „a fi o pacoste" în mintea soției sale*]

Terapeutul: Nu ar trebui să simți ceea ce simți?

Peter: Nu, nu ar trebui.

Terapeutul: Ce ai putea să spui despre tine? Care sunt sentimentele tale față de tine ca persoană?

Peter: Poate că *eu sunt cel care* face din țânțar armăsar. Apoi mă gândesc, Dumnezeule, probabil că sunt

slab şi prost dacă ajung într-o asemenea stare din pricina unor probleme. Dacă ar fi să fiu cinstit cu mine, unei părți din mine începe să nu-i mai placă felul meu de a fi şi să simtă că nu valorez nimic, că nu fac față, şi parcă sunt prins într-o cursă. [*Tema ruşinii interne de a simți că nu valorează „nimic şi de a nu face față"*]

Terapeutul: Aşadar, de fapt, ai două seturi de idei şi evaluări, unul pentru ceilalți şi unul pentru tine. În primul rând este ideea că soția ta nu te apreciază şi s-ar putea să te vadă ca pe „o pacoste", iar lucrul acesta este supărător şi dezamăgitor. Interpretezi acest lucru ca pe o dovadă că poate ei nici nu-i pasă. Dar, totodată, pentru că simți că nu ți se recunosc meritele, asta te face să te simți deprimat şi, când te simți deprimat, te simți slab, prost şi lipsit de valoare. În felul acesta stau lucrurile?

Peter: Da, chiar simt că sunt un ratat.

În cazul de față, terapeutul a ales un exemplu specific pentru a ilustra problema, l-a prezentat pentru a fi supus explorării detaliate şi a scos la iveală constructe tipice (legate de sentimentul ruşinii) pe care le creează Peter. Dacă terapeutul va avea acces la datele din trecutul pacientului, va putea constata că aceasta este o temă recurentă. Observați cum formulează terapeutul diferite posibilități de evaluare a sinelui în raport cu alții (afirmând: „Tu ai două seturi de evaluări, unul pentru tine şi unul pentru ceilalți").

Puteți de acum să mergeți mai departe, pentru a gândi şi elabora o formulare (aşa cum este prezentată în capitolul 9). Trecerea la formulare poate fi destul de simplă şi directă, cu condiția ca ea să cuprindă o înțelegere acceptată de comun acord, odată cu posibilitatea de a aduce mai multe detalii pe măsură ce terapia înaintează.

Stabilirea unor obiective terapeutice comune şi încheierea contractului terapeutic

Stabilirea unor obiective terapeutice comune şi dezvoltarea contractului terapeutic înseamnă să se ajungă la o decizie împreună cu clientul în privinţa aspectelor asupra cărora se concentrează modul de lucru:

Terapeutul: Până acum, Peter, am vorbit despre câteva dintre lucrurile care te supără la ora actuală şi am examinat puţin prima parte a vieţii tale. Am schiţat o formulare şi o imagine de ansmablu împreună. Crezi că te-ar ajuta dacă ne-am concentra asupra câtorva dintre aceste probleme?

Peter: La ce te referi?

Terapeutul: Ei bine, ai menţionat că te simţi dezamăgit şi furios când soţia ta nu îţi înţelege sentimentele şi că mai târziu începi să te înfurii pe tine însuţi. Să presupunem că ai putea învăţa un alt mod de a face faţă situaţiei, care să nu te facă să ai sentimente negative în privinţa propriei persoane sau să te consideri o fiinţă slabă, te-ar putea ajuta?

Peter: Da, desigur! Dacă aş putea face faţă mai bine, aş fi mai fericit.

Terapeutul: Acesta ar fi un început util pentru tine. Poate că unul dintre scopurile eforturilor pe care le depunem împreună ar putea fi să vedem dacă te putem ajuta să faci faţă problemelor din căminul tău într-un mod diferit?

În acest fel, când începem să împărtăşim sarcinile şi ţintele terapeutice, va trebui să pornim de la formularea ipotezei „ce ar putea să ajute". Genul de întrebări: „Crezi că te-ar ajuta dacă...?" sau „Ce crezi că te-ar ajuta cel mai mult în acest moment?" îi vor permite pacientului să iniţieze procesul prin care să se gândească cum să procedeze pentru a ajunge la o schimbare.

Nu va fi de prea mare ajutor dacă terapeutul se va îndrepta într-o direcţie asupra căreia nu a căzut de acord cu pacientul (de exemplu, „eu sunt de părere să procedăm în felul acesta sau că tu ar trebui să..."). Deşi pacienţii depresivi par deseori docili, docilitatea nu are nimic în comun cu lucrul în colaborare. Ţine de măiestria terapeutului să îl ghideze pe client spre ţinte care pot fi atinse şi sunt considerate utile şi să recunoască diferenţa dintre docilitate şi colaborare. Uneori, acest lucru cere un efort terapeutic considerabil.

Într-un caz precum cel al lui Peter, vom fi precauţi să nu ajungem prea rapid să îmbrăţişăm ideea că soţiei sale nu îi pasă, fără să ne oprim mai întâi asupra autocriticii şi autopercepţiei. De exemplu, imaginaţi-vă că simţiţi că ceilalţi nu vă tratează cum meritaţi. Veţi dori să găsiţi pe cineva care, deşi ar putea să fie sau nu de acord, manifestă empatie faţă de sentimentele dumneavoastră şi nu se grăbeşte să încerce să vă convingă că sunteţi hipersensibili. Mai târziu, când veţi reveni la sentimente mai bune, va fi mai uşor să recunoaşteţi acest lucru, dacă este adevărat. Cu toate acestea, felul în care Peter percepe lipsa de compasiune a soţiei sale va trebui analizat. Putem valida ceea ce simte el fără să fim de acord cu „datele". Pe măsură ce lui Peter îi este mai puţin ruşine şi se autoînvinovăţeşte mai puţin, ajungând să înţeleagă că o parte din furia lui are legătură cu relaţiile sale anterioare, el devine tot mai capabil să se gândească la actuala relaţie cu soţia şi la eventualitatea în care dialogul cu el *este* dificil din pricina depresiei. Un sentiment intens de ruşine poate îngreuna adoptarea unei perspective obiective de către persoanele depresive din cauza tendinţiei de a se autocondamna. În acest fel, ele oscilează între sentimentul că „există ceva în neregulă cu mine dacă nu mă înţeleg cu soţia; este numai vina mea" şi „ce bine ar fi dacă cei din jur m-ar înţelege". Este nevoie de timp pentru a reuşi să-i ajutăm pe cei predispuşi la experienţa ruşinii (autocritici) să înţeleagă că problemele interpersonale sunt de obicei complexe, au legătură cu patternuri dinamice ale constructelor create în colaborare, iar constructele create în colaborare sunt un rezultat al tuturor elementelor pe care

fiecare dintre noi le aducem (din trecut) într-o relaţie şi sunt în acest fel mai degrabă multicauzale decât polarităţi de genul „vina ta – vina mea". În această situaţie ar fi foarte util să dezvoltăm sentimentul de compasiune.

Aspecte-cheie 8.2. *Identificarea unor obiective comune şi a unor teme de bază*

1. Explorați evenimentele prezente care au condus la instalarea depresiei şi care ar putea să o întreţină.
2. Acordați atenție situației celei mai dificile sau priorităților pacientului.
3. Când operați cu date din trecutul pacientului, explorați relațiile importante din trecutul său şi felul în care acestea au căpătat anumite semnificații.
4. Încercați să identificați stilurile şi convingerile interpersonale esențiale şi strategiile de siguranță.
5. Observați evenimentele dramatice (din trecut sau prezent) care stârnesc emoții puternice şi încercați să puneți în lumină convingerile principale de tipul eu-celălalt, analizându-le împreună cu clientul.
6. Remarcați eventuale zone unde se observă absența afectului şi o atitudine detaşată.
7. Când vă concentrați asupra prezentului, creați lanțuri de raționamente deductive şi separați şi clarificați convingeri principale de tipul eu-celălalt (vezi capitolul 9).
8. Faceți distincția clară între motivele de îngrijorare *externe* (ce gândesc ceilalți sau ce probleme sunt în universul exterior al persoanei) şi motivele de îngrijorare *interne* (precum atitudinea autocritică sau faptul de a fi copleşit de anumite sentimente sau stări de spirit).

Explicarea raționamentului terapeutic

Pe măsură ce parcurge primele şedinţe de terapie şi, de obicei, după ce ajunge să împărtăşească idei, sarcini şi obiective legate de terapie, terapeutul va prezenta clientului logica abordării sale.

Consilierii specializaţi în terapia cognitiv-comportamentală consideră acest aspect extrem de important, întrucât îi oferă clientului posibilitatea de a înţelege şi de a juca un rol activ în consiliere şi de a face mai clare sarcinile şi obiectivele terapeutice. O simplă afirmaţie de genul: „Suntem aici pentru a vorbi despre sentimentele tale" nu este suficientă. S-ar putea ivi probleme dacă terapeutul va crea impresia că ştie ce se petrece, la ce să se aştepte şi etapele de consiliere pe care le vor parcurge, dar clientului nu i se spune aproape nimic din toate acestea. De asemenea, clienţii sunt ajutaţi dacă vor afla că există lucruri pe care le pot face pentru a se ajuta singuri şi că terapeutul le va oferi îndrumare în acest sens. Indiferent ce model este folosit în consiliere, este important ca pacientul să fie informat în privinţa genului de proces pe care terapia îl va urma. Prezentarea modelului poate să se deruleze în felul următor:

Terapeutul: Am hotărât de comun acord chiar acum că dacă ai putea să găseşti modalităţi care să te ajute să faci faţă dificultăţilor din relaţia ta fără să „te învinovăţeşti singur", acestea îţi vor fi de un real ajutor. Pot să îţi arăt un mod prin care am putea face acest lucru? [*În acest moment, terapeutul explorează interesul pacientului*]. Ne vom concentra asupra semnificaţiilor pe care le acorzi evenimentelor. Un mod simplu de a demonstra acest lucru este să scriem un exemplu împreună şi apoi să analizăm din nou situaţia ta la ora actuală.

Apoi, terapeutul va lua un carneţel şi un stilou şi, dacă este nevoie, îşi va apropia scaunul de cel al pacientului, pentru a sta alături. Terapeutul poate să ofere diferite exemple pentru a ilustra felul în care gândurile pot influenţa sentimentele (vezi capitolul 9). După aceea, terapeutul poate să trateze două sau trei coloane şi să aducă în discuţie câteva exemple simple. În continuare, el va verifica dacă pacientul înţelege metoda abordată. Are logică? Deseori simplul gest de a sta lângă pacient şi de a se implica alături de acesta într-o sarcină împărtăşită de amândoi întăreşte sentimentul de colaborare. Totuşi, dacă o persoană este foarte

deprimată, acest gest nu ar fi adecvat, iar dacă pacientul manifestă diverse semnale nonverbale de dezangajare, trebuie aleasă o abordare mai lentă. Astfel, în timp ce împărtăşiţi modelul de abordare cu pacientul dumneavoastră, remarcaţi care este comportamentul verbal şi nonverbal al acestuia şi urmăriţi orice gând ar putea încolţi în mintea acestuia (de exemplu, „este mult prea logică", „nu va fi de nici un ajutor pentru ceea ce simt eu", „vreau să vorbesc mai mult"). Cu toate acestea, presupunând că pacientul este de acord, terapeutul se va orienta în continuare de exemplul pacientului.

Terapeutul: Peter, ai amintit că problemele pe care le ai cu soția par să te preocupe cel mai mult acum. Un mod de a explora această situație este să vedem cum înțelegi tu aceste interacțiuni. Aşadar, putem să aşternem pe hârtie împreună care este înşiruirea tipică de evenimente, gânduri şi sentimente.

Pentru Peter, aceasta s-a derulat în felul următor:

Faptul că am stat de vorbă cu soţia

Evenimente declanşatoare	*Convingeri şi temeri*	*Sentimente/ comportamente*
Ea nu înțelege îngrijorările mele legate de lipsa banilor; îmi spune să nu îmi fac griji	*Centrare externă* Dacă i-ar păsa de mine, ar încerca să mă asculte *Teama majoră:* ea s-a săturat de mine şi poate că devine indiferentă – tema neglijării *Centrare internă* Trebuie să îmi asum responsabilitatea. Probabil că sunt o persoană slabă dacă nu sunt capabil să fac față situației *Teama majoră:* nu merit să îi pese cuiva de mine – inutilitate	Mânie, stare depresivă, retragere în sine

Ajutându-i pe pacienţi să îşi noteze gândurile în felul acesta, se întâmplă anumite lucruri. În primul rând, ajută la cristalizarea acelor idei conturate doar pe jumătate în minte şi la clarificarea sensului lor. În al doilea rând, facilitează procesul înţelegerii împărtăşite şi generează concentrare. În al treilea rând, fapt rareori menţionat în literatura de specialitate, există un aspect ce ţine de expunerea comportamentală în această abordare, în sensul că gândurile şi sentimentele asociate lor sunt supuse unei expuneri repetate, ajungând astfel la desensibilizare. În al patrulea rând, faptul că se separă centrarea „internă" de cea „externă" din punct de vedere conceptual face mai uşoară focalizarea pe schimbare.

Intensificarea conştientizării

Succesiunea raționamentor deductive şi a emoțiilor în cazul lui Peter

Terapeutul poate facilita conştientizarea legăturilor de tip gând-emoţie în virtutea ideii că semnificaţiile interne (gândurile şi constructele personale) alimentează emoţiile disforice. Acesta este un aspect instructiv. Prin urmare, terapeutul poate să se oprească în acest punct şi să traseze un lanţ al raţionamentelor deductive şi al emoţiilor reprezentat ca un cerc. Cercul în cazul lui Peter este prezentat în figura 8.1.

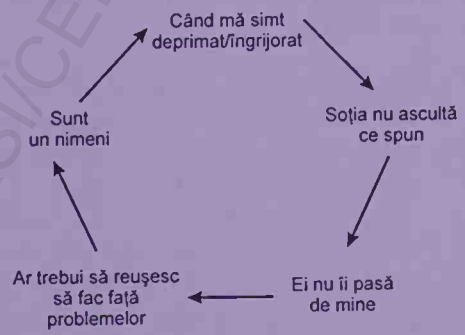


Figura 8.1. *Lanțul circular de raționamente deductive în cazul lui Peter*

Terapeutul: Înțelegi cum această înșiruire de evenimente și idei urmează un sens circular, astfel încât ajungi să te simți mai rău și, în final, te retragi în sinea ta și te duci la culcare. Am putea probabil să desenăm un alt cerc, care să ne arate că atunci când te retragi în tine însuți, soția ta, la rândul ei, se retrage și mai mult și, în acest fel, lucrurile se înrăutățesc pentru tine.

Peter: Acum, după ce am reprezentat prin desen totul, lucrurile mi se par clare. Este exact cum se întâmplă în realitate. Dar tot nu înțeleg cum se va schimba situația.

În acest caz, faptul că am așternut totul pe hârtie și am desenat l-a ajutat pe Peter să își clarifice unele probleme. În astfel de momente, terapeutul poate verifica nivelul de înțelegere între ei doi și posibilitățile unei gândiri de tipul „da, dar".

Terapeutul: OK, Peter, aceasta a fost o parte importantă a muncii noastre împreună, să înțelegem mai bine ceea ce îți trece prin minte, de ce, cum acționezi apoi și cum ceea ce îți trece prin minte și modul în care acționezi – deși este perfect de înțeles – pot să înrăutățească lucrurile, în mod involuntar.

Aspecte-cheie 8.3. *Să împărtășim și să explicăm procesul terapeutic*

1. Odată ce a fost identificată o serie de atitudini disforice, folosiți întrebări pentru a explora ceea ce ar putea fi de ajutor (de exemplu, „Ce te-ar ajuta pentru a reuși să te schimbi?", „Te-ar ajuta dacă ai putea...?" etc.).
2. Câștigați cooperarea pacientului pentru orientarea către anumite gânduri sau comportamente (de exemplu, să cădeți de acord asupra unor obiective terapeutice).
3. În ceea ce îi privește pe pacienții depresivi, căutați mai cu seamă sentimentul de rușine și gândurile asociate cu autoagresiunea și autosubminarea.

BCU CLUJ / UNIVERSITY LIBRARY

4. Fiți clar în ceea ce privește modul în care urmează să *lucrați împreună*. Așterneți planurile pe hârtie, veniți cu exemple.
5. Folosiți diferite proceduri (de exemplu, scrieți pe hârtie un lanț de raționamente deductive și desenați cercuri care să reprezinte interacțiunea dintre gânduri și comportamente).
6. Pregătiți pacientul să înceapă să facă acest gen de activități singur.

Să ne îndreptăm spre conceptualizări alternative

Pentru a sprijini dezvoltarea alternativelor de gândire și de comportament, putem să exploatăm metoda cercului sau să ne întoarcem la descrierea unui lanț de raționamente. După cum am remarcat în nenumărate rânduri, autocritica este deseori declanșată de dezamăgire. Este important să îi ajutăm pe pacienți să recunoască acest lucru și să-și reconsidere și identifice adevăratele emoții.

Terapeutul: Ceea ce putem face acum este să vedem dacă există și alte modalități prin care ai putea face față acestei situații. Să încercăm și alte idei, ce zici? Hai să începem cu ideea că nu valorezi nimic. De ce faptul că soția ta nu te ascultă ar însemna că tu, o ființă umană, ești inutil?

Peter: Păi, de fapt, nu este așa, cred. Doar că așa simt eu. [*Aici, clientul a schimbat ideea inutilității într-un sentiment, astfel încât terapeutul poate să folosească acest lucru*]

Terapeutul: Dacă ne gândim acum la acest sentiment al tău, chiar dacă este de înțeles, pare el justificabil?

Peter: Din punct de vedere logic, într-adevăr, nu, dar așa simt eu.

Terapeutul: Am înțeles; într-adevăr, te simți rău din motive lesne de înțeles, dar să presupunem că ar fi vorba despre altceva decât inutilitatea. Ce altceva ar putea însemna acest sentiment neplăcut?

Peter: [*Se gândeşte puţin*] Singur, dezamăgit. [*Pauză*] Pustiit, cred.

Terapeutul: Poţi să te laşi în voia acestor sentimente pentru o clipă?

În acest fel, terapeutul se opreşte asupra acestui moment şi începe să exploreze imagini, sentimente sau amintiri, creând posibilitatea ca pacientul să dobândească o perspectivă mai profundă a modului în care dezamăgirea şi goliciunea declanşează gândurile autocritice. Uneori revin în minte amintiri îndepărate, când am fost umiliţi sau neglijaţi. În acest fel se poate face legătura între munca de consiliere actuală, temele trecutului şi amintiri cu încărcătură emoţională.

Terapeutul: Poţi să înţelegi de ce, atunci când simţi că nu eşti apreciat, eşti dezamăgit şi te simţi singur, apoi te cuprinde furia şi începi să te autoînvinovăţeşti şi să te gândeşti că nu valorezi nimic?

Peter: Hm, oarecum.

Terapeutul: Ei bine, să rămânem aici pentru moment. La ce te îndeamnă sentimentul ăsta de autoînvinovăţire? [*Ne gândim dacă Peter poate să înţeleagă* funcţia *sentimentului de autoînvinovăţire*]

Peter: Să mă adun.

Terapeutul: Şi dacă ai putea să faci asta, atunci...?

Peter: Nu m-aş simţi atât de rău şi nu aş mai avea stările astea.

Terapeutul: Şi atunci...?

Peter: Aş putea să merg mai departe şi aş înceta să mă mai simt deprimat.

În acest moment, terapeutul nu doreşte să continue să-l bombardeze cu întrebări, astfel încât cel mai bine este să concluzioneze, spunând ceva de genul :

Terapeutul: Aşadar, înţelegi că autocritica încearcă să te forţeze să ieşi din depresie, iar în acest fel să nu te mai simţi rău şi, prin urmare, să nu îţi mai superi soţia.

lar ea şi alte persoane nu te vor mai critica pentru că te simți deprimat şi eşti irascibil, şi astfel oamenii te vor plăcea din nou. Înțelegi acum că totul se leagă, însă problema este că acest efort de a te forța să ieşi din depresie şi faptul că te etichetezi ca fiind incapabil de fapt te fac să te simți mai rău, nu mai bine.

Am discutat toate acestea mai mult timp, astfel încât Peter a început să înțeleagă treptat că spiritul său autocritic era o încercare paradoxală de a se autoproteja. Manifestările spiritului său autocritc erau generate de teama de a se comporta în moduri care suscitau critici din partea celorlalți. Am observat totodată, împreună, că atenția îi era distrasă de la un alt sentiment – cel care îl resimțea din când în când, de mult timp –, şi anume singurătatea.

Terapeutul: OK, să presupunem că trebuie să renunțam la ideea de inutilitate şi să ne oprim asupra faptului că te simți singur şi dezamăgit. Cum te-ai simți?

Peter: [*Face o pauză, în timp ce se gândeşte*] M-aş simți tot trist, dar probabil nu chiar atât de furios pe mine însumi.

Mai târziu, terapeutul ar putea adăuga următoarele cuvinte:

Terapeutul: Ei bine, se poate să fi învățat să te învinovățeşti când te simțeai singur şi nu ți se acorda atenție, în copilărie. Poate că am putea face unele schimbări în acest sens şi pentru a te ajuta să adopți o atitudine de acceptare, grijă şi compasiune față de tine însuți. Mi se pare că, tocmai atunci când ar fi nevoie să ai grijă de tine, îți pui singur piedică şi îți aplici încă o lovitură când eşti căzut la pământ.

Peter: [*Pacientul zâmbeşte*] O, da, întotdeauna m-am priceput la chestia asta.

Terapeutul: OK, aşadar unul dintre lucrurile pe care le putem face împreună este să vedem dacă acest sentiment de singurătate poate fi legat parțial de reminiscențele

> şi amintirile cu încărcătură emoțională din copilăria ta. Când sunt declanşate aceste sentimente de singurătate şi de lipsă de înțelegere, ele dau naştere unei diversități de alte sentimente, cum ar fi furia, dar şi unor eforturi de a le ține sub control, devenind autocritic şi închizându-te în tine. Aceasta este o cale prin care ai încercat să te protejezi singur față de ele şi să încerci să le faci față.

După cum se poate observa, acum evidenţiem legătura dintre sentimentul de a fi lipsit de valoare, sentimentele de singurătate şi strategiile de siguranţă care se manifestă prin retragerea în sine, furie şi autocritică. Peter nu a fost capabil să înţeleagă sau să intervină asupra sentimentelor sale de singurătate, în schimb, el a încercat să le *evite*. Ţine de abilitatea terapeutului să valideze aceste sentimente de singurătate, să înlăture ruşinea asociată lor şi să le aducă în miezul problemei, ajutându-l pe Peter să recunoască faptul că acestea sunt aspecte esenţiale, pe care trebuie să înveţe să le abordeze şi să le tolereze. Pe măsură ce Peter învaţă să autovalideze şi să manifeste compasiune faţă de sentimentele de singurătate care l-au însoţit vreme îndelungată (şi faţă de faptul că nu s-a simţit niciodată acceptat), el îşi poate reduce intensitatea autoînvinuirilor şi a furiei. Foarte probabil, va fi nevoie ca aceste exerciţii să fie repetate de mai multe ori, întrucât pentru Peter există un trecut bogat în experienţe prin care a simţit lipsa aprecierii (şi afecţiunii) şi care declanşau autoînvinovăţirea. Totodată, observaţi că uneori avem nevoie să ne ajutăm clienţii să experimenteze mai profund anumite sentimente (Linehan, 1993). În aceste cazuri, furia faţă de sine devine o emoţie secundară, asociată cu dezamăgirea şi pierderea, îndeosebi în cazul depresiei, şi va fi nevoie de o investigare mai profundă a acestei legături (vezi Wolf, 1988). Empatia terapeutului în ceea ce priveşte dezamăgirea va fi importantă în procesul de vindecare. Astfel, înţelegerea legăturii dintre sentimentele de dezamăgire şi furie faţă de sine este utilă. Aşadar, terapeutul poate asigura viitoare oportunităţi de a reflecta asupra

experienţelor dezamăgirii şi singurătăţii pe care le-a trăit pacientul şi să facă primele tentative vizând dezvoltarea compasiunii faţă de sine (vezi capitolul 11) prin intervenţii simple de acest gen:

Terapeutul: Hai să ne gândim mai bine la ce înseamnă inutilitatea. Am putea spune că e vorba de gândire în „alb şi negru" sau gândire „ori/ori". Ca şi cum, dacă soţia mea îmi recunoaşte valoarea, sunt OK, dacă nu, înseamnă că sunt inutil. Trebuie să fie foarte greu pentru tine. Să presupunem că ai avea un prieten şi că, într-o bună zi, acesta ar veni la tine cu o poveste aproape similară. Ce i-ai spune acestuia?

Peter: Cred că i-aş înţelege sentimentele.

Terapeutul: Aşadar, nu i-ai spune: „Îmi pare rău, prietene, dar soţia ta nu îţi împărtăşeşte temerile, prin urmare ei nu îi pasă de tine. Ar trebui să te împaci cu situaţia asta, dacă nu, nu faci doi bani".

Peter: [*Zâmbeşte*] O, nu, nu aş spune aşa ceva.

Terapeutul: [*Zâmbeşte*] Dar ai gândi în acest fel?

Uneori, oamenii îi judecă aspru pe ceilalţi, deşi nu ar recunoaşte că o fac, şi această tendinţă trebuie admisă. Răspunsul terapeutului în acest caz poate fi: „Ei bine, cu siguranţă nu renunţi la ideile tale. Dar dacă ai spune-o, cum s-ar simţi prietenul tău?", lăsând din nou să se înţeleagă că învinuirea l-ar face să se simtă mai rău.

Când s-a ajuns aici, terapeutul are din nou posibilitatea de a alege. Putem continua să atacăm subiectul inutilităţii în diferite moduri. Am putea vorbi despre diferite părţi ale sinelui, subliniind faptul că suntem compuşi din particule multiple, din sentimente, competenţe, abilităţi şi aşa mai departe şi că pacientul se evaluează pe sine dintr-o perspectivă preponderent negativă din cauza unei situaţii sau teme. Am putea vorbi despre zicala „să nu mizezi totul pe o singură carte" şi aşa mai departe. Inversând rolurile, terapeutul ar putea spune: „Cum ţi-ai putea ajuta un prieten care trece printr-o experienţă similară?". Terapeutul ar dori să îl ajute să înţeleagă că, doar pentru că soţia nu e dispusă să-i asculte îngrijorările

privitoare la bani, aşa cum ar dori el, nu înseamnă că ei nu îi pasă de el sau că el este un om lipsit de valoare. Desigur, ar putea exista probleme majore în căsnicie, dar se pare că nu este cazul aici.

Se mai poate recurge, de asemenea, la educarea reatribuirii. De exemplu, poate să formuleze Peter explicaţii alternative în legătură cu motivul pentru care soţia sa nu doreşte să îi asculte îngrijorările? Când a fost întrebat despre acest lucru, Peter a spus că era vorba despre atitudinea soţiei sale, în general. Stilul ei de a aborda problemele era: „Dacă nu poţi să schimbi lucrurile, faptul că te îngrijorezi te face să te simţi şi mai rău". Ei nu îi plăcea să se tot gândească la un singur lucru, în timp ce Peter era exact genul acesta. În acest fel, am avut o explicaţie alternativă pentru atitudinea soţiei, pe care nu o interesau îngrijorările lui legate de bani. Prin urmare, această tehnică îl făcea pe Peter să se oprească pentru a gândi în felul următor: „Poate că ea pur şi simplu vede lucrurile în mod diferit" şi „Poate că este şi ea îngrijorată, însă tratează problema într-un mod diferit". După cum vom observa mai târziu, trebuie să dedicăm destul de mult timp *concentrându-ne cu adevărat* asupra acestei idei. Peter ar putea închide ochii şi şi-ar putea imagina acest lucru, reuşind astfel *să simtă* alternativa. Într-un fel, noi i-am prezentat un mod de gândire mai complex, apropiat de ceea ce înseamnă „teoria minţii". În loc să fie blocat în reacţii automate, el poate face un pas înapoi şi, având o altă perspectivă, să înţeleagă faptul că soţia lui are moduri diferite de gândire şi adaptare, iar acest lucru nu are de-a face cu iubirea ei sau cu vreun alt sentiment opus faţă de el. Ea şi-ar putea exprima propria teamă, precum şi grija faţă de el în anumite feluri.

Aşadar, el învaţă acum să îşi recunoască sentimentele de singurătate atunci când se simte invalidat, dezamăgit şi stresat. Pe măsură ce înaintăm cu terapia, Peter recunoaşte şi învaţă să tolereze într-un mod plin de compasiune acele sentimente care reprezintă ecouri din trecutul său; faptul că ele sunt fireşti şi că nu sunt din vina lui. Acest exerciţiu diminuează din intensitatea autocriticii şi dezvoltă posibilităţi de a fi mai deschis faţă de

felurile deosebite în care fac faţă situaţiei el şi soţia lui (vezi capitolul 11). În acest fel, îi sunt atenuate furia şi senzaţia de dezamăgire faţă de ea.

În orice caz, până la sfârşitul acestei şedinţe de intervenţie, Peter va deţine o serie de idei alternative la care poate face apel în situaţii de *dezamăgire.* Uneori, terapeutul poate scrie pe o fişă toate aceste lucruri, consemnând pe o parte gândurile tipic depresive şi pe cealaltă parte alternativele asupra cărora s-a căzut de acord. Adesea, clienţilor le place lucrul acesta, întrucât îi leagă de situaţia de consiliere când sunt pe cont propriu şi declanşează amintirea şedinţei de terapie, în mod special validarea terapeutului.

Aspecte-cheie 8.4. *Direcționarea către conceptualizări alternative*

1. Căutați și identificați convingerile negative față de sine și autocritica în atitudinea afișată de pacientul depresiv.
2. Ajutați-vă pacientul să recunoască situațiile și sentimentele care deseori precedă autoînvinuirea (cum ar fi, de exemplu, dezamăgirea).
3. Fiți empatic față de aceste sentimente specifice dezamăgirii asociate depresiei, care adesea sunt centrate pe evaluări ale modului în care alții tratează pacientul sau pe ținte care nu au fost atinse.
4. Rețineți idei de tipul: „Trebuie să fiu sau mi-aș dori să fiu apreciat, altfel ar fi de nesuportat și ar înseamna că sunt o persoană lipsită de orice valoare".
5. Folosiți o diversitate de metode pentru a întrerupe succesiunea dezamăgire – autoînvinovățire – imagine de sine devalorizantă (de exemplu, să căutați dovezi, să vă orientați spre gândirea în alb și negru sau să folosiți tehnica sfătuirii unui prieten cu probleme similare).

Monitorizarea sentimentelor şi a cogniţiilor interioare şi asumarea unor roluri

Un aspect major al tuturor terapiilor este intensificarea „conştientizării" în afara situaţiilor create prin consiliere. Există destule modalităţi de a realiza acest lucru. Una dintre ele este să se prezinte pacienţilor utilitatea de a-şi nota gândurile şi de a exersa gândirea alternativă. Am putea denumi acest demers „cum să devii propriul terapeut/prieten plin de compasiune". Unii pacienţi îşi asumă acest rol extrem de uşor şi îl găsesc util, alţii, dimpotrivă. Uneori, este de mare ajutor să completezi cartonaşe pe care pacienţii le pot lua cu ei oriunde. Acest lucru acţionează ca un mesaj de ghidare. Alteori, este de ajutor să se recurgă la înregistrări audio ale şedinţelor. Este util să explorăm orice idei de *infirmare* pe care pacientul le-ar putea avea. De exemplu, un pacient ar putea înţelege utilitatea cartonaşului ajutător din timpul terapiei de consiliere, dar când va fi singur, ar putea să-i nege validitatea: „Nu pot să-mi schimb ideile atât de uşor". Intervenţia potrivită în acest caz ar putea fi: „Ei bine, poate că este adevărat, dar hai să încercăm pentru un timp şi să vedem dacă funcţionează. Ce ai de pierdut?".

Consilierii care abordează metoda cognitivă discută deseori despre dezvoltarea *sinelui care observă* (Beck *et al.*, 1985). Pornind de aici, terapeutul poate sugera că: „O parte a sinelui, pe care noi încercăm să o dezvoltăm este sinele care observă şi propria conştiinţă de sine. Dacă te-am putea ajuta să identifici idei şi imagini pe măsură ce îţi trec prin minte, atunci am putea să stăpânim mai bine felul în care te putem ajuta să le schimbi sau să le faci faţă". Sau dacă vă folosiţi conştientizarea atentă, „pentru a vedea gândurile ca nişte cogniţii pe care, pe măsură ce exersăm, le putem lăsa să treacă fără a ne afecta". Explicând conştiinţa de sine şi intensificând activitatea sinelui care observă, se creează un efect de amortizare între gânduri şi afectele asociate cu acestea. Vom explora aceste teme mai detaliat în continuare.

Continuarea lucrului în afara şedinţei şi asumarea unor roluri alternative

Este mai important să ajutăm persoanele depresive să facă schimbări în comportamentul lor social actual, decât să aşteptăm ca aceste schimbări să se întâmple de la sine. Acesta este un aspect esenţial al multor abordări (vezi capitolul 4). Acesta este atributul unei munci independente, care poate fi începută în mai multe feluri. Din nou, importantă este angajarea în colaborare a pacientului, nu conformarea/complianţa lui. Prin complianţă, acesta poate parcurge etapele de lucru, fără a se angaja cu adevărat în procesul terapeutic. La sfârşitul şedinţei, terapeutul concluzionează, punctând ceea ce s-a realizat. Acest rezumat ar putea fi scris, iar pacientul ar putea lua hârtiile acasă pentru a reflecta asupra lor. Să ne întoarcem la Peter. Iată cum ar suna o concluzie scurtă.

Terapeutul: Ne apropiem de sfârşitul şedinţei şi aş vrea să trecem în revistă tot ceea ce am împărtăşit amândoi. Ai început spunându-mi că lucrurile păreau să meargă mai rău pentru tine în acest ultim an şi că totul era legat de numeroasele tale dezamăgiri şi îngrijorări faţă de problemele financiare. Am aruncat împreună o scurtă privire asupra unor momente din copilărie şi am descoperit că ai trăit deseori sentimentul că ceilalţi nu prea aveau timp pentru tine. De aici şi sentimentul de singurătate şi de a nu fi înţeles. După aceea, ne-am orientat spre o zonă specifică, cea care te deranjează acum şi care priveşte relaţia ta cu soţia. În acest caz, am notat două teme principale. Prima este că tu simţi că soţiei tale nu îi pasă de tine pentru că îţi spune că faci din ţânţar armăsar. Acest lucru declanşează sentimente de însingurare, iar şi iar. Cea de-a doua temă este ideea că din pricina tuturor acestor lucruri, tu eşti slab şi lipsit de valoare. Am explorat totodată şi felul în care aceste idei îţi trec prin minte, accentuând

mai mult tulburarea care a pus stăpânire pe tine. [*Pauză*] Ți se pare o prezentare corectă, în câteva cuvinte, pentru o parte a întregii poveşti?

Peter: Da, cred că da.

Terapeutul: OK, Peter, având în vedere ceea ce am discutat, te poți gândi la ceva ce ți-ar plăcea să încerci în perioada care ne desparte de următoarea şedință?

Acest lucru înseamnă să îi ajutăm pe pacienți să își planifice felul în care vor lucra singuri, în afara şedințelor de terapie. Din nou, acest lucru urmăreşte să încurajeze clientul să colaboreze în mod activ în procesul schimbării.

Peter: Din ceea ce am discutat, cred că aş putea să încerc să nu mă las doborât în momentele când soția mea nu vrea să audă despre problemele mele.

Terapeutul: Cum ai putea face asta?

Peter: Devenind mai conştient, cum spuneai mai devreme, de dezamăgirea mea şi încetând să mă mai învinovățesc atunci când mă simt dezamăgit sau singur.

Terapeutul: Da, hai să vedem dacă te ajută să gândeşti astfel. Dacă nu, vei avea două probleme. Una este dezamăgirea şi cealaltă, faptul că te învinovățeşti singur. [*Terapeutul arată înspre cercul desenat pe hârtie şi priveşte spre Peter să vadă dacă se gândeşte la semnificația lui*] Aşadar, de-a lungul săptămânii, ai putea să notezi situațiile care apar în momentul când cercul pare să se activeze? Aşterne pe hârtie sentimentele şi gândurile tale şi modul în care ai încercat să le faci față. Încearcă să fii cât mai tolerant şi înțelegător față de sentimentele tale. Vom putea explora toate acestea în detaliu în săptămânile ce vor urma.

Totuşi, terapeutul este în acelaşi timp conştient de faptul că ajutându-l pe Peter să facă schimbări în comportamentul său social, acestea vor fi importante atât pentru el, cât şi pentru calitatea mariajului său. Astfel, terapeutul explorează posibilitatea ca Peter

să își asume roluri noi în această relație. În cazul asumării unor roluri, este util să îi facilitați pacientului posibilitatea de a prevedea consecințele sociale ale comportamentului său (McCullogh, 2000).

Terapeutul: Mai spuneai, ceva mai devreme, că tu și soția ta vă certați din diferite motive, în special când venea vorba despre bani și fiecare vă retrăgeați în sinea voastră, până la urmă. Crezi că ar fi bine să nu deschidem acest subiect acum, știind că este un motiv permanent de dispută?

Peter: O, da, dacă aș putea să pun capăt acestor discuții, atunci atmosfera ar fi mai relaxată la mine acasă. Toate chestiile astea o enervează atât de mult.

Terapeutul: Ei bine, ce-ar fi să încercăm pentru o săptămână și să vedem cum merg lucrurile? Încearcă, pe cât se poate, să nu mai vorbești despre bani acasă. Poți să aduci vorba despre îngrijorările tale legate de bani cât ești aici și vom discuta împreună despre acestea.

În acest punct, terapeutul a încercat să intervină, atenuând conflictul conjugal, propunând ca terapia să se concentreze pe temerile și îngrijorările lui. Acest lucru urmărește impunerea unui stil în relația existentă. În același timp, este un experiment comportamental. La un moment dat, partenerul de viață poate fi invitat la ședințele de consiliere, dar deocamdată este de mare ajutor să vedem dacă Peter poate face el însuși schimbări. Totodată ar putea fi prezente diverse resentimente, asupra cărora trebuie lucrat, dar acestora le va veni rândul ceva mai târziu.

O altă zonă asupra căreia s-ar putea orienta terapeutul este felul în care ar putea împărtăși alături de pacient mai multe exemple de *relaționare pozitivă*. De exemplu, ar putea Peter să iasă în oraș cu soția lui, la un film sau la plimbare? Care erau acele lucruri pe care *le făceau cu plăcere împreună* altădată? Remarcați că depresia îl afectează atât pe pacient, cât și pe partenerul acestuia. Atunci cum ar putea ei să încerce să reintroducă activități pozitive în existența lor? Dacă o vor face, intensificarea nivelului activităților satisfăcătoare pentru ambele părți poate fi

de un real ajutor. Terapeutul poate aduce în discuţie felul în care depresia cauzează probleme într-un mariaj, în pofida intenţiilor sincere ale persoanei. În acest fel, poate fi important modul în care pacientul ar putea imprima un caracter mai pozitiv relaţiei. Dar, cu siguranţă, acest lucru depinde de caz, iar clientul trebuie să aibă o dorinţa reală de a continua relaţia. În cazurile în care există resentimente puternice şi dorinţa de a pune capăt (de a scăpa de influenţa) relaţiei, atunci accentul pus pe împărtăşirea activităţilor ar putea fi contraproductiv de la bun început. Este posibil să se fi adunat prea multă furie din partea soţului/soţiei, pentru a face ca această idee să pară atractivă, cel puţin la începutul relaţiei de consiliere. În aceste situaţii, cuplul ar putea avea nevoie să participe împreună la consiliere maritală. În cazul lui Peter, pierderea relaţiei bune pe care o avea cu soţia în trecut era o altă sursă de dezamăgire. Pentru el, faptul de a fi îndrumat să se concentreze asupra îmbunătăţirii mariajul său era de mare ajutor şi îl ajuta să simtă că deţine controlul.

Aspecte-cheie 8.5. *Lucrul în afara şedinţei şi asumarea unor roluri alternative*

1. Ajutați-vă clientul să înțeleagă faptul că autocontrolul este o parte a „muncii" şi, de asemenea, o aptitudine utilă în viață.
2. Învățați-vă clientul să își monitorizeze şi să își testeze gândurile cu blândețe între şedințele de terapie, iar apoi verificați toate acestea la începutul fiecărei şedințe.
3. Ajutați clienții să își planifice singuri exercițiile pe care le vor practica în mod independent, precum şi experimentele comportamentale.
4. În cazul pacienților depresivi, aceste experimente comportamentale implică deseori dezvoltarea unui comportament social mai satisfăcător (de exemplu, să își vadă prietenii sau să relaționeze într-un mod diferit cu soțul/soția sau partenerul de viață).

Concluzie

Capitolul de faţă a abordat diferite „tehnici", pe care le vom explora în detaliu în capitolele ce urmează. În primele etape ale lucrului în cadrul terapiei,.vă propuneţi să ajutaţi pacientul să se simtă în largul său, să îşi spună propria poveste şi să construiască începuturile unei formulări, precum şi a unei metode de lucru împărtăşite. În acest capitol am explorat modul în care toate acestea sunt realizate pe parcursul unui proces în plină desfăşurare. Uneori este nevoie de câteva şedinţe pentru a ajunge la un acord. Ideal ar fi ca până la sfârşitul primei şedinţe, clientul să aibă deja o privire de ansamblu asupra depresiei de care suferă, să fi abordat puţin problemele legate de ruşine, dacă acestea sunt îngrijorătoare, şi să fi început să dezvolte noi percepţii ale modurilor în care poate să facă faţă problemelor. Cu cât este mai complex cazul, cu atât mai mult timp este necesar pentru a construi toate aceste lucruri.

Cheia problemei este să se menţină spiritul de colaborare şi disponibilitatea, dar, în acelaşi timp, pacienţii să fie îndrumaţi ca prin formulare să ilustreze cum temele de viaţă se leagă între ele în virtutea convingerilor esenţiale şi a strategiilor de siguranţă. În capitolul următor vom analiza mai detaliat felul în care putem face acest lucru.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 9

Gânduri, convingeri şi strategii de siguranţă: construirea formulărilor

Acest capitol îşi propune să exploreze în detaliu procesele terapiei şi cum se construieşte o formulare. Putem începe prin a observa că cei mai mulţi dintre noi au avut măcar o experienţă legată de o stare de spirit cel puţin scăzută. Când intrăm în aceste stări de spirit, constatăm că gândurile noastre au tendinţa să fie atrase spre moduri de gândire negativă. Aceste feluri de a gândi pot fi declanşate de multe lucruri – recuperarea după o răceală şi senzaţia de oboseală, o ceartă cu prietenii, iubitul sau copiii, eşecul în obţinerea jobului dorit, o aglomerare de diverse complicaţii în viaţa de zi cu zi şi sentimentul că eşti copleşit de probleme. În cea mai mare parte a situaţiilor, reuşim totuşi să ieşim din aceste stări, redirecţionând eforturile noastre, percepându-le ca fiind schimbări fireşti de dispoziţie, care vor trece, şi primind susţinere din partea celor din jur.

Cu toate acestea, pentru unele persoane, aceste schimbări de stare pot fi uşor declanşate, devin mai intense şi de lungă durată sau nu pot fi uşor depăşite. Astfel, o întrebare esenţială este: de ce unii dintre noi sunt mai vulnerabili la depresie, în timp ce alţii sunt mai rezistenţi (Masten, 2001)? Există mai multe răspunsuri la această întrebare, inclusiv predispoziţia genetică, evenimentele din perioada copilăriei, convingerile esenţiale pe care le dezvoltăm despre sine şi ceilalţi, evenimente specifice din existenţa noastră, momentele când ne simţim prinşi în capcană, incapacitatea de a ne reveni în urma înfrângerii sau a pierderilor, implicaţiile serioase

BOURNEMOUTH UNIVERSITY LIBRARY

şi pe termen lung care ne afectează în urma acestor evenimente, eforturile noastre de a ne adapta (prin evitare), accesul nostru la susţinere socială sau tendinţele noastre de a ne lasă copleşiţi de gânduri. Toate se rezumă la faptul că anumite patternuri de gândire, simţire şi comportament sunt declanşate sau se activează în cazul persoanelor predispuse la depresie.

Terapeuţii specializaţi în terapii cognitiv-comportamentale susţin că, deşi depresia este legată de dificultăţile pe care le întâmpinăm în viaţă, modul în care gândim despre aceste dificultăţi şi eforturile noastre de a face faţă pot juca un rol major în natura depresiei (Beck, 1976). În general, reţeta depresiei ar fi generarea unor concluzii extrem de negative cu implicaţii pe termen lung despre sine, lume şi viitor, gândurile persistente legate de aceste concluzii, evitarea problemelor în locul încercării de a le rezolva şi retragerea din diverse activităţi (Beck *et al.*, 1979; Sacco şi Beck, 1995). Pentru unele persoane, depresia uşoară avansează pe o pantă descendentă până la depresie profundă din cauza acestor procese.

De exemplu, Sam şi Mary s-au despărţit, iar gândurile lui Sam erau în felul următor: „Mary nu mai vrea să iasă în oraş cu mine (fapt). Asta din cauză că nu mă mai place deloc (interpretare). Aceasta înseamnă că nu merit să fiu iubit (autoapreciere negativă) şi nu pot fi niciodată fericit (implicaţii negative pe termen lung)". Aflat în această stare de spirit, Sam vorbeşte cu prietenul său, iar acesta îi spune: „Încetează să te tot gândeşti la asta şi hai să ieşim în oraş să bem ceva". Sam se gândeşte: „Prietenul meu nu mă înţelege, nu are nici un sens să îi mai spun ceva şi nu vreau să ies în oraş cu persoane care nu mă înţeleg şi nu fac decât să sporovăiască despre prostii". Aşa că rămâne acasă, simţindu-se izolat, neînţeles şi continuând să se gândească la problema lui. Altcineva în aceeaşi situaţie ar putea resimţi despărţirea în termeni mai puţin tranşanţi şi ar putea gândi astfel: „Da, prietenul meu are dreptate. Trebuie să nu mă mai gândesc la această relaţie pentru o vreme şi să încerc să mă concentrez asupra altor lucruri din viaţa mea. Dacă voi continua să fiu preocupat de acest subiect, nu voi face altceva

decât să-mi sporesc suferința". În acest fel, în fața aceluiași eveniment supărător, doi oameni pot să reacționeze foarte diferit.

Când lucrăm cu persoane depresive, este așadar important să explorăm modul în care acestea gândesc *și ceea ce simt* în privința propriei persoane, a lumii (inclusiv a relațiilor pe care le au) și a viitorului, cum relaționează cu ceilalți din punctul de vedere al sprijinului social și care sunt genurile de comportamente prin care fac față diferitelor situații. Eforturile noastre terapeutice pot fi în acest fel canalizate spre a-i oferi pacientului ajutorul să gândească, să înțeleagă și să simtă anumite lucruri în diferite feluri, să-și dezvolte strategii împotriva gândirii obsesive și să-l ajutăm să-și dezvolte noi atitudini prin care să se adapteze. După cum vom vedea în continuare, în funcție de natura și complexitatea depresiei, *aceasta nu înseamnă* că ignorăm sentimentele/emoțiile persoanelor depresive sau probleme nerezolvate din trecut. Totuși, acestea vor apărea pe măsură ce vom continua procesul terapeutic.

Există unele concepte de bază în abordarea cognitiv-comportamentală de consiliere, care implică următoarele aspecte:

1. *Gândurile automate* sunt ideile și interpretările imediate, care ne apar brusc în minte. În cazul depresiei, acestea sunt deseori autoevaluative și/sau se centrează asupra implicațiilor negative pentru viitor.
2. *Stilurile de ruminare* se referă la modul în care oamenii sunt prinși în cicluri de gândire autodevalorizantă și insistă pe trăirea sentimentului de inutilitate, a sentimentelor de singurătate, de înfrângere și/sau a senzației de a fi prins în capcană.
3. *Regulile și supozițiile* sunt ideile și convingerile care ne ghidează viața și ne imprimă anumite stiluri de viață. De exemplu, trebuie să fiu o persoană de succes; trebuie să fiu apreciat ca atare; ceilalți oameni ar trebui să fie amabili, nu agresivi sau egoiști. Regulile pot fi legate de idealuri. Supozițiile sunt reguli de tipul „dacă-atunci". „*Dacă* alții vor vedea că sunt deprimat, *atunci* se vor gândi că ceva nu e în regulă cu mine și nu vor dori să aibă de-a face cu mine".
4. *Convingerile fundamentale și schema eu-celălalt.* Convingerile esențiale sunt modalități de bază prin care cineva înțelege lumea,

pe sine şi pe ceilalţi. Noi deţinem convingerea esenţială că „pământul este rotund, nu plat" (cum se credea în trecut). De asemenea, avem convingeri esenţiale *despre ceilalţi* şi ne bazăm în privinţa lor pe experienţa directă şi pe modul în care înţelegem noi „alte minţi" (de exemplu, ceilalţi sunt demni de încredere, amabili dar ineficienţi sau egoişti). Mai avem totodată convingeri esenţiale *despre sine*, care sunt legate de de modul în care receptăm experienţele şi de identitatea de sine: „ Sunt o persoană amabilă, dar slabă", „Sunt puternic şi independent", „Am succes", „Sunt un ratat" etc. *Schema eu-celălalt* este legată de sistemele de organizare internă care formează baza autoevaluărilor şi a experienţelor noastre, pe de o parte, şi a aprecierilor, expectanţelor şi experienţelor altora, pe de altă parte. Observaţi că acestea nu sunt echivalente, în sensul că o convingere esenţială despre lume poate fi învăţată (şi modificată) într-un mod absolut diferit faţă de schema despre sine, care derivă din experienţele emoţionale ale felului în care alţii au tratat persoana respectivă.

5. *Strategiile de siguranţă* şi comportamente de adaptare sunt modalităţi prin care oamenii au învăţat să identifice rapid o ameninţare („mai bine să fii în siguranţă decât să îţi pară rău") pentru a se autoproteja, adoptând comportamente de siguranţă de tipul „îmi dau silinţa" pentru a face faţă ameninţărilor şi a le evita. Convingerile de siguranţă sunt de asemenea legate de explicaţii ale motivelor pentru care lucrurile rele sau mai rele nu s-au întâmplat şi în legătură cu ceea ce individul trebuie să facă pentru a le evita.

Gânduri automate şi reacţii automate

Gândurile automate, după cum arată şi denumirea, sunt acele interpretări/idei/gânduri care ne vin automat în minte; acestea sunt gânduri care ne apar brusc în minte. Într-un fel, ele sunt „gânduri din afara procesului gândirii". Personal, prefer să consider că sunt *reacţii* automate, deoarece deseori gândurile noastre sunt însoţite de emoţii şi tendinţe de a acţiona care par indisociabile şi atunci când ne concentrăm asupra gândurilor, alegem

să ne concentrăm asupra *unui aspect* al reacţiei noastre faţă de evenimente. De fapt, rezultatele cercetării demonstrează că este deseori dificil să separi emoţia de cogniţie, întrucât creierul procesează informaţiile ca pe nişte unităţi de informaţie. Ştim astăzi că odată ce o emoţie a fost declanşată, aceasta va tinde să atragă atenţia şi capacitatea de procesare în direcţia respectivei emoţii (Haidt, 2001; Power şi Dalgleish, 1997; vezi şi capitolul 3 al cărţii de faţă).

Astfel, reacţiile automate sunt reacţii care „se scurg" prin noi fără să implice prea mult gândirea conştientă. Ele sunt reacţii imediate, disponibile în mod conştient, necesită un efort minim sau inexistent şi par plauzibile. Acestea nu s-au instalat printr-un raţionament reflectiv. În cazul depresiei, ele sunt deseori autoevaluative şi orientate spre viitor. Gândurile şi reacţiile automate nu sunt neapărat formulate într-un limbaj clar/sintactic şi pot fi abia conturate, folosind doar fragmente gramaticale. În acelaşi timp, este ceva obişnuit în cazul acestora să se producă sub forma imaginilor sau ca scene interne, fantasme sau fantezii (Beck, 1976; Gilbert, 1992; Hackmann, 1997). Trebuie să reţinem, de asemenea, că ceea ce poate fi declanşat într-o depresie sunt patternuri de răspuns psihobiologic, care încep să pregătească de fapt creierul să se angajeze în strategii de protecţie – în special cele de protest--disperare sau de „închidere în sine".

Unii clienţi vor adopta perspective negative asupra reacţiilor lor automate faţă de lucruri şi le-ar putea fi ruşine de ele. De exemplu, ar putea să se vadă pe ei înşişi ca fiind slabi pentru că devin neliniştiţi, sau răi pentru că devin furioşi. Este important să li se explice faptul că reacţiile automate sunt deseori declanşate înainte ca noi să avem şansa de a le controla şi sunt adesea activate fără prea multă gândire. Aceasta deoarece o parte a creierului nostru (de exemplu, amigdala) obişnuieşte să opereze rapid. Dacă adoptăm totuşi o perspectivă plină de compasiune faţă de reacţiile noastre, putem învăţa să lucrăm cu ele, să le înţelegem, să nu ne temem de ele şi, în acest fel, să avem un control mai mare (vezi capitolul 11). Nu ne ajută prea mult să ne înfuriem pe noi înşine

pentru că simţim într-un anumit fel, să ne spunem că nu ar trebui să gândim sau să simţim anumite lucruri sau că suntem stupizi, ori să încercăm să evităm anumite sentimente/reacţii. Astfel, în calitate de consilieri, încercăm să ajutăm oamenii să înţeleagă de ce reacţiile lor automate – deşi ar putea fi indezirabile – sunt de înţeles şi sunt legate de ceea ce aducem cu noi din trecut, frici şi îngrijorări majore, şi că deseori creierul nostru generează rapid anumite sentimente şi acţiuni pentru că acesta este modul în care este programat să funcţioneze.

Legătura dintre gânduri şi sentimente

Pentru a folosi modelul cognitiv într-un mod formal, este nevoie să furnizăm clar raţiunea din spatele terapiei (Beck *et al.*, 1979; Blackburn şi Davidson, 1995; Sacco şi Beck, 1995; Tarrier, 2006). De exemplu, unei persoane i se poate prezenta modelul cognitiv folosind exemple care să evidenţieze relaţiile dintre evenimente, gânduri şi emoţii. Consilierul va putea să traseze trei coloane – A, B, C. A reprezintă un *Eveniment declanşator*, B reprezintă *Convingerile*, iar C reprezintă *Consecinţele*. Aceasta se numeşte tehnica celor trei coloane.

A	B	C
Evenimentul declanşator	*Convingeri/evaluări* *Emoţii*	*Interpretări* *Comportament* *Biologie*

Consilierul poate apoi să recurgă la exemplul unui iubit sau prieten care nu sună sau un alt exemplu. Terapeutul poate să spună următoarele cuvinte:

O modalitate prin care putem lucra împreună este să înţelegem că modul în care percepem anumite lucruri influenţează ceea

ce simțim pentru ele. Este vorba despre semnificația pe care o au lucrurile pentru noi. Aş vrea să demonstrez printr-un exemplu felul în care funcționează lucrurile. Imaginează-ți că un prieten sau un iubit urma să te sune aseară, însă nu a făcut-o. O să scriu acest lucru pe hârtie, în coloana A. Acum este posibil să manifestăm sentimente diferite în legătură cu acest lucru. Am putea fi furioşi sau iritați, neliniştiți sau trişti sau să rămânem impasibili. Voi scrie toate acestea în coloana C. Acum să ne gândim la genul de semnificații şi gânduri care ar putea însoți fiecare sentiment şi voi scrie toate acestea în coloana B.

Dacă este posibil, pacientul va fi încurajat să facă toate acestea odată cu voi şi să genereze gânduri/imagini. Întrebaţi-l: „Ce ar putea să-ţi treacă prin minte dacă eşti furios?", „Ce ar putea să-ţi treacă prin minte dacă eşti trist?" şi aşa mai departe. Astfel, rezultatul ar putea să se prezinte în felul următor:

A (Evenimentul care activează)	*B (Convingeri şi semnificații)*	*C (Emoții/ comportamente)*
Iubitul(a) nu a telefonat aşa cum a promis	El nu mă iubeşte îndeajuns încât să îşi amintească şi să aibă grijă să sune.	Tristețe
	Este atât de nepăsător. Pun pariu că s-a dus la club. Cum are tupeul!	Mânie
	De obicei te poți baza pe el. Ceva s-a întâmplat cu el.	Neliniște
	Presupun că a fost ocupat sau nu a avut un telefon la îndemână.	Calm

Terapeutul poate folosi acest tip de exemplu pentru a arăta felul în care interpretarea unui eveniment este asociată cu modificările emoţionale, comportamentale şi biologice. Pentru a arăta modul în care semnificaţiile, la rândul lor, influenţează *comportamentele*, terapeutul ar putea spune în felul următor: „Ce ai putea *face* dacă te-ai simţi trist?", „Ce ai putea face dacă te-ai simţi furios?" şi aşa mai departe. Toate acestea pot fi scrise alături

de emoţii, în coloana C. În ciuda faptului că am separat în cazul de faţă cogniţia şi emoţia, amintiţi-vă că deseori acestea fuzionează, astfel încât le puteţi explica pacienţilor că această separare a „semnificaţiilor" de sentimente este artificială într-o anumită măsură, însă oferă o fereastră utilă prin care să putem lucra asupra reacţiilor noastre.

Acest tip de eveniment ne poate conduce să *ne imaginăm şi să avem fantezii* legate de posibilitatea ca persoana iubită să-şi fi pierdut interesul faţă de noi, sau să nu îi pese suficient încât să îşi amintească să telefoneze, sau să fi ieşit în oraş cu altcineva. Uneori, aceste fantezii sunt resimţie ca nişte *intruziuni*. Ne-ar plăcea să ne scoatem unele gânduri din minte, însă mintea noastră continuă să revină asupra lor. Este important să normalizăm aceste lucruri şi ne ocupăm de modalităţi prin care să facem faţă intruziunilor. Putem totodată să construim scenarii în care să ne vedem persoana iubită într-un loc anume (de exemplu, un club) şi să ne închipuim că se simte bine, râde, bea etc. Aceste imagini şi scene desprinse parcă din filme, pe care le putem interpreta în mintea noastră, pot fi foarte dureroase, dar poate fi dificil să le ţinem la distanţă. Putem intra în procese de *elaborare* şi amplificare internă a gândurilor şi fanteziilor noastre. De exemplu, după ce am decis că persoana iubită a uitat de noi pentru că între timp a decis să meargă într-un anumit loc (de exemplu, într-un club) şi este în oraş, unde se distrează, putem începe să repetăm în minte o viitoare ceartă sau ceea ce intenţionăm să îi spunem când ne va suna în sfârşit. Am putea chiar să repetăm replici pe care ştim că în realitate nu le-am putea rosti cu adevărat din cauza fricii de a fi respinşi/apreciaţi neplăcut sau din pricina unor considerente morale. Totuşi, dacă am proiecta o imagine a unui eveniment nefericit (cum ar fi, un accident de maşină), atunci întregul nostru ansamblu de închipuiri, sentimente şi gânduri ar fi diferit.

Două alte aspecte sunt importante: *contextul* şi *trecutul*. În ceea ce priveşte contextul, dacă persoana iubită se află pe o platformă petrolieră, unde telefoanele încetează să funcţioneze

adesea, spre deosebire de situaţia în care s-ar găsi acasă sau ar avea asupra sa un telefon mobil, atunci aceste contexte vor afecta posibilele interpretări. În privinţa trecutului, dacă este ceva neobişnuit pentru persoana iubită să nu sune, acest lucru va avea un impact diferit comparativ cu situaţia în care gestul de a nu telefona ar fi ceva comun. Mai mult, dacă o persoană a fost adesea părăsită în trecut, atunci o evaluare conform căreia „iubitul este pe punctul de a mă părăsi" va avea logică, chiar dacă (în acest caz) ar fi inexactă.

Explicaţia modelului cognitiv ar trebui orientată într-un mod plin de compasiune, iar dacă se imprimă o discretă notă umoristică în timp ce se oferă acest exemplu, acest lucru ar pute fi de ajutor pentru a-l relaxa pe client. Este important să verificăm împreună cu acesta dacă înţelege validitatea acestei abordări. Când s-a căzut de acord asupra acestui aspect, terapeutul poate spune:

> OK, acum hai să folosim acelaşi gen de abordare pentru problemele cu care te confrunţi. Poţi să îmi dai un exemplu de eveniment care te-a supărat în ultima săptămână? În acest moment suntem interesaţi în mod deosebit să înţelegem ce a însemnat acest eveniment pentru tine.

Apoi, acesta este aşternut pe hârtie sub coloana A. Emoţiile/sentimentele şi comportamentele evocate sunt notate în coloana C. După aceea, terapeutul va spune: „Acum, să aruncăm o privire asupra coloanei B, la ceea ce îţi trece prin minte, să vedem dacă putem înţelege ce semnificaţii sunt asociate cu acele sentimente şi comportamente din coloana C". Aspectul cel mai evident al gândurilor şi reacţiilor automate este *esenţa semnificaţiei* acestora. O procedură importantă în terapia cognitivă este aşadar identificarea gândurilor; să învăţăm pacientul cum poate să recunoască acele gânduri asociate cu depresia pe măsură ce acestea apar şi, aşa cum am analizat în detaliu în ultimele capitole, cum poate să acţioneze asupra lor.

Aspecte-cheie 9.1. *Reacţii şi gânduri automate*

1. Sunt declanşate de evenimente care pot fi externe (de exemplu, critica din partea unei alte persoane) sau interne (de exemplu, o emoţie sau o amintire spontană sau schimbarea stării de spirit).
2. Sunt generate prompt şi se ivesc sau apar din senin în mintea noastră; ele necesită un efort minim sau inexistent şi par să fie spontane.
3. Îşi fac apariţia sub o formă „stenografiată", deseori sub forma imaginilor sau ca o „esenţă" a semnificaţiei şi pot fi cu greu exprimate verbal.
4. Nu urmează nici o secvenţă clară, aşa cum se întâmplă în raţionamentul logic sau în rezolvarea problemelor.
5. Pot fi dificil de oprit, îndeosebi dacă sunt însoţite de suprastimulare emoţională.
6. Par deseori plauzibile şi logice pentru pacient, cu toate că pot fi mult exagerate (de exemplu, catastrofale).
7. Pot să apară în ciuda dovezilor ce le contrazic.
8. Adesea oamenii trebuie să îşi antreneze antenţia faţă de gândurile automate (să le indentifice) şi să le gestioneze.

Tipuri de subiecte şi întrebări ce compun dialogul socratic

Pentru a ne ajuta pacienţii să înceapă să exploreze în detaliu modul în care atribuie semnificaţii şi interpretări lucrurilor, este nevoie să ne angajăm într-un tip de discuţie care este numit dialog *socratic*. Întrebările tipice pentru acest gen de dialog sunt cele care exprimă curiozitate şi invită la reflecţie şi explorare. „Ce ţi-a trecut prin minte?" sau „Ce se petrece în mintea ta?". Acestea sunt două exemple de întrebări deschise, care îl ajută pe client să se concentreze mai bine şi să evite descrierile vagi, bazate pe cuvinte imprecise, cum ar fi „asta", „mereu", „ceva".

Alte întrebări comune sunt următoarele:

- Ce s-ar întâmpla dacă...?
- Ce s-ar întâmpla atunci/după aceea?
- La ce te duce cu gândul?/Ce vei crede?
- Ce concluzii tragi de aici?
- Ce crezi că înseamnă acest lucru?

Pentru a ajunge la o imagine mai precisă a schemei eu-celălalt şi la procesarea „teoriei minţii", aţi putea pune următoarele întrebări:

- Ce crezi că au gândit ceilalți?
- Ce crezi că le-a trecut acestora prin minte?
- Oare ce ar vrea ceilalți să facă?
- Ce concluzie poți trage despre propria persoană?
- Ce gândeai despre tine?
- Ce crezi că gândeau ei despre tine?

Pentru a accesa datele din trecutul pacientului, aţi putea pune următoarele întrebări:

- Când a fost prima oară când ai gândit/simțit în acest fel şi ce s-a întâmplat? (sunt scoase la lumină imagini şi amintiri)
- Ai deseori această perspectivă?
- Ai simțit/gândit adesea în felul acesta?

Terapeutul îşi poate întreba pacientul, cât de *fermă* este convingerea sa, evaluând-o în procente, de exemplu: „Din 100%, cât de tare crezi în lucrul acesta?". De asemenea, terapeutul poate să întrebe despre *frecvenţa* cu care se petrece un lucru, de exemplu: „Cât de des ai tendinţa să gândeşti în felul acesta?".

Ca o regulă elementară, întrebarea „ce" încurajează individul să exploreze natura şi implicaţiile gândurilor/interpretărilor sale. Acesta este elementul *socratic*. Implicaţiile care îl interesează în mod deosebit pe consilierul terapeut sunt cele legate de căutarea obiectivelor pe termen lung şi de regulile de viaţă, idealizările, speranţele şi fricile/ameninţările principale, schema sau percepţiile asupra sinelui şi ideile legate de cei dragi. Altfel spus, ce implică

acel gând sau idee? Cum ar putea fi legat de una dintre temerile principale (de exemplu, cea de a fi respins sau învins)? Terapeutul poate observa totodată că unele aspecte subiacente legate de ruşine pot bloca genul acesta de explorare.

O altă manieră de adresare a întrebărilor caută să exploreze orientarea cauzală a gândirii. În acest caz, întrebările sunt de tipul „de ce" sau, mai rar, de tipul „cum".

- De ce crezi asta?
- De ce crezi că s-a întâmplat acest lucru?
- Cum ajungi/ai ajuns la concluzia asta?
- Cum crezi că te-ar privi alţii din acest motiv?
- Cum crezi că ar reacţiona ceilalţi faţă de tine?

Deşi uneori consilierii specializaţi în terapie cognitivă fac apel la setul de întrebări ce încep cu „de ce", Egan (2002) susţine că întrebările de tipul „de ce" pot fi percepute ca fiind ameninţătoare. Este posibil ca unii oameni să simtă că trebuie să îşi justifice gândurile şi sentimentele. Astfel, aceste întrebări ar trebui folosite cu precauţie, sau doar când aţi stabilit o relaţie optimă de conlucrare cu pacientul.

Iată un alt set de întrebări ce ar putea să îl ajute pe pacient să formuleze previziuni:

- Cum ai putea să te simţi când gândeşti în felul ăsta?
- Ce se întâmplă când te comporţi în felul ăsta?
- Cum reacţionează ceilalţi faţă de tine când te comporţi în acest fel?
- Care sunt avantajele şi dezavantajele unui astfel de mod de gândire/comportament?
- Care ar fi avantajele şi dezavantajele dacă lucrurile s-ar schimba?

În consiliere, este important să ne ajutăm clienţii să prevadă care ar fi consecinţele modului lor de gândire sau de comportament şi să estimeze ce s-ar întâmpla dacă ei s-ar schimba, după cum vom vedea în continuare. Din nou, ar trebui menţionat că scopul urmărit de aceste tipuri de întrebări şi discuţii este *descoperirea*

îndrumată – pentru a da formă şi claritate impreciziei. De aceea, consilierul ar trebui să fie conştient de faptul că uneori clienţii nu pot răspunde precis la o întrebare, ci se exprimă în termeni vagi sau răspund la cu totul altă întrebare. Aceste întrebări sunt menite să ajute pacientul să dobândească o idee mai clară în legătură cu ceea ce îi trece prin minte, adevărata esenţă a semnificaţiei. Scopul lor nu este doar să satisfacă curiozitatea consilierului.

Când este explorată o înlănţuire de raţionamente deductive prin folosirea unor astfel de întrebări, procesul ar trebui să se desfăşoare ca un *demers de colaborare amicală.* Nu este vorba despre un interogatoriu. Stilul interacţiunii ar trebui să fie unul de interes plin de atenţie (Gilbert, 1989). Consilierul ar trebui să evite să îşi „bombardeze" pacientul cu întrebări lansate una după alta şi să presare pe alocuri reflecţii şi parafraze amabile. Este vorba de o *discuţie* centrată. Terapeutul îşi propune să trezească dorinţa pacientului de a explora şi de a descoperi (descoperire îndrumată) şi, în acelaşi timp, să trasmită un sentiment de siguranţă. Acordaţi atenţie stilului dumneavoastră de comunicare nonverbală, tonalităţii vocii şi ritmului vorbirii. Consilierul trebuie să fie sensibil faţă de starea prezentă a clientului. De exemplu, dacă un client manifestă dorinţa de a împărtăşi sentimente dureroase şi de a fi înţeles, dacă are probleme serioase cauzate de ruşine sau este foarte inhibat, atunci nu are rost să se iniţieze o discuţie puternic centrată. Consilierii specialişti în terapie cognitivă folosesc acest gen de întrebări de tip socratic în două moduri esenţiale (Sacco şi Beck, 1995):

1. Pentru *a examina* felurile în care oamenii judecă – pentru a explora constructele lor de bază – în scopul de a scoate în evidenţă legăturile dintre lanţurile lor de raţionamente deductive şi principalele lor temeri şi îngrijorări.
2. Şi, mai târziu, pentru a stimula persoanele depresive *să reflecteze* asupra acestui tip de raţionament şi să înţeleagă dacă este pertinent. Terapeutul poate ajuta pacientul să strângă dovezi pentru sau contra judecăţilor emise de el, să ia în considerare variante pline de compasiune sau să încerce diferite „teme pentru acasă" şi experimente pentru a-şi testa propriile teorii şi

idei. Este ceea ce denumim *empirism colaborativ.* Vom explora conceptul în detaliu în capitolele ce urmează.

În general, întrebările socratice implică următoarele:

1. Căutarea unor informaţii pe care o persoană poate (este capabilă sau este pregătită) să le furnizeze.
2. Ajutarea pacientului să îşi îndrepte atenţia şi concentrarea asupra naturii problemei.
3. Pornesc de la caracterul specific şi se îndreaptă către un aspect mai general, astfel încât pacientul:
   a) Să dobândească o înţelegere mai profundă a convingerilor sale generale/esenţiale şi a principalelor temeri.
   b) Să înceapă să înţeleagă cum pot fi conectate gândurile, sentimentele şi tendinţele de a acţiona.
   c) Să dezvolte aptitudini pentru a schimba concluziile şi convingerile esenţiale şi să se ocupe de principalele sale temeri.

Să luăm în discuţie un exemplu ipotetic: Jane era o femeie deprimată care îşi creştea singură copiii şi care încerca să înceapă o nouă relaţie cu Dave. Totuşi, ea era precaută şi avea îndoieli în privinţa sentimentelor acestuia pentru ea, fiind concentrată pe identificarea indiciilor care ar fi sugerat respingerea.

Terapeutul: Jane, mi-ai spus că acest ultim weekend a fost unul extrem de prost pentru tine. Îţi poţi aminti vreun eveniment mai deosebit, care pare să fi declanşat totul?

Jane: Cred că totul a început vineri seara. Dave spusese că o să treacă pe la mine, dar mai târziu mi-a telefonat să îmi spună că nu o să poată veni pentru că era nevoit să plece la Londra, unde avea ceva de lucru.

Terapeutul: Ce ai simţit când ai auzit vestea?

Jane: Am fost foarte dezamăgită, aşa că m-am dus la culcare. Am închis televizorul, am stins lumina. Totul părea lipsit de sens.

Terapeutul: Aşadar, ai fost foarte dezamăgită şi supărată să primeşti aşa o veste, când era evident că tu abia

aşteptai să vină la tine. [*Observați reflectarea sentimentelor în cazul de față cu o tonalitate blândă a vocii şi validarea sentimentelor de supărare*] Ce ți-a trecut prin minte?

Jane: Hm... ceva în genul că o luăm de la capăt. Evident, nu sunt prea importantă în ochii lui. Are lucruri mai bune de făcut. Poate că preferă să nu vină la mine.

Terapeutul: Aşadar, te-ai gândit că ar prefera să nu treacă pe la tine. Te-ai gândit de ce ar sta lucrurile în felul acesta?

Jane: Da, m-am gândit că poate într-adevăr nu sunt o persoană suficient de simpatică încât să îşi dorească să fie cu mine. Probabil crede că sunt mai degrabă o persoană plictisitoare şi nu vrea să se implice prea mult într-o relație cu o mamă care îşi creşte singură copiii. Am început să cred că, mai devreme sau mai târziu, el o să pună capăt acestei relații şi o să mă trezesc din nou singură.

Terapeutul: Înțeleg, deci când Dave nu a mai venit, ai simțit o mare dezamăgire, te-ai supărat şi, fiind în această stare de spirit, ai început să te gândeşti că de fapt era ceva în legătură cu tine față de care el manifesta respingere, poate faptul că eşti un părinte singur sau faptul că ai fi plictisitoare.

Jane: Da.

Terapeutul: Să presupunem pentru moment că Dave chiar vrea să iasă din această relație. Ce ți-ar trece atunci prin minte?

Jane: M-aş gândi că totul este inutil şi lipsit de sens. Viața este foarte grea când eşti pe cont propriu.

Terapeutul: Sună a disperare. [*Pauză*] Ce ai putea să gândeşti despre tine în această situație?

Jane: Oh, că e ceva tipic pentru mine. Sunt genul care pierde în viață şi cel mai bine ar fi să accept lucrul ăsta. Nu are nici un sens să încerc să îmi întemeiez o relație solidă. Am sentimentul ăsta că într-un fel, ştii, adânc în mine ceva nu este în regulă. Aşa că voi sfârşi de una singură. Chestia asta chiar mă deprimă. Totul pare atât de lipsit de sens.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În acest caz, înţelegem că dezamăgirea şi sentimentele care însoţesc dezamăgirea sunt legate de anumite gânduri depresive şi care formulează deducţii despre sine, prin care ea se percepe plictisitoare, nedorită şi copleşită de o teamă majoră, că este predestinată să rămână singură. Observaţi felul în care Jane a trăit şi experienţa separării, a strategiei de protecţie şi a predispoziţiei psihobiologice de a se închide în sine, precum şi gândurile ei care s-au concentrat asupra ameninţării (pierderea lui Dave). Terapeutul ascultă, căutând *cuvintele-cheie* ce ar putea *acţiona ca indicatori* pentru a evidenţia convingerile şi *principalele temeri* (de exemplu, plictisitoare, inutilă, lipsită de sens, singură). Uneori, terapeutul poate să spună: „Hai să ne gândim la ce este mai rău. Să presupunem deocamdată că s-a întâmplat evenimentul X. Ce îţi trece acum prin minte?". De foarte multe ori, pentru pacienţii depresivi, cel mai rău scenariu înseamnă să fie părăsiţi, respinşi, inutili, nebăgaţi în seamă şi neputincioşi, acestea constituind esenţa principalelor ameninţări. Nu uitaţi că acestea sunt temele majore ale strategiilor noastre de protecţie înnăscute şi arhetipale (vezi capitolele 5 şi 6).

Uneori, dacă pacientului îi este dificil să îşi transpună gândurile în cuvinte, terapeutul poate să îi ceară acestuia să îşi imagineze o situaţie şi să vorbească despre imaginea din mintea lui. Unei persoane care întâmpină dificultăţi în exprimarea verbală a propriilor gânduri legate de depresie i s-a cerut să descrie o imagine. După o anumită perioadă de reflecţie, aceasta a răspuns: „Este ca şi cum aş vedea cum petrecerea la care particip continuă, iar eu stau în grădină sau într-un alt loc din apropiere. Este foarte frig, parcă ninge şi este foarte întuneric. Ştiu că, orice aş face, nu mi se dă voie să intru înăuntru, în schimb, trebuie să stau afară şi de acolo să mă uit înăuntru şi să mă descurc singură".

Lanțuri de raționamente deductive și descoperirea direcționată

Odată ce pacienții ajung să înțeleagă legătura ce se stabilește între gânduri, interpretări și sentimente, devine posibilă începerea explorării în profunzime, căutând anumite semnificații subiacente mai adânci sau unele evaluări mai globale sau extreme, precum și *convingerile esențiale* și temerile. Una dintre cele mai obișnuite forme ale acestei strategii de lucru este denumită *lanțul de raționamente deductive* sau *deductibilitatea*. Aceasta este o tehnică de *descoperire direcționată* – și nu de interpretare.

Lanțurile de raționamente deductive sunt modalități prin care gândurile și interpretările noastre se conectează între ele. Un lanț de raționamente deductive urmează o formă de raționament de tipul „dacă A, atunci B". Cu alte cuvinte, pacientul asociază o idee sau o consecință cu alta. De obicei, o deducție care urmează alteia este mai generală, mai extremă și mai complet încărcată din punct de vedere emoțional. De exemplu: „Dacă prietenul meu nu mă bagă în seamă, *atunci* înseamnă că nu îi place de mine. Aceasta deoarece sunt o persoană plictisitoare. Dacă sunt o persoană plictisitoare, *atunci* sunt antipatică și nu pot inspira dragoste. Dacă sunt antipatică, *atunci* nu voi avea niciodată o relație de dragoste și voi rămâne singură și deprimată toată viața".

Avertisment: una dintre cele mai comune greșeli pe care o fac persoanele nefamiliarizate cu modelul cognitiv este presupunerea că un consilier care practică terapia cognitiv-comportamentală (TCC) ar putea sugera pacienților să gândească în acest mod – urmând acești pași. Acest lucru ar fi posibil uneori, dar nu în mod obișnuit. Tehnica săgeții descendente înseamnă să *nu* se exploreze procesul de gândire (pașii din gândirea noastră), ci conținutul. Consilierii specializați în terapii cognitive subliniază că în primul rând ceea ce se declanșează este convingerea esențială, schema sau amenințarea de bază sau emoțiile condiționate, *care apoi*

direcţionează gândirea ulterioară. Totuşi, persoana depresivă poate doar să fie conştientă de aspectele ulterioare ale gândirii sale, şi nu de natura completă a unei convingeri esenţiale, reacţia emoţională condiţionată sau teama principală. Beck şi colaboratorii săi (1979) notează că pentru a articula o convingere esenţială, ar putea fi nevoie de mult mai mult efort şi reflecţie, chiar dacă acestea sunt surse ale gândurilor automate. Dacă acestea sunt asociate cu amintiri traumatice, atunci este posibil să fie nevoie de timp (vezi mai jos). Astfel, tehnica săgeţii descendente ajută la evidenţierea cât mai multor convingeri esenţiale, ameninţări sau frici.

Procedurile

Favorizarea declanşării unui lanţ de raţionamente deductive este un gen de asociere dirijată (spre deosebire de cea liberă). Consilierul terapeut face apel la întrebările socratice şi nu trece mai departe de ceea ce s-a spus. Explorarea unui lanţ de raţionamente deductive necesită disponibilitatea de a renunţa la eforturile de modificare a gândurilor pe măsură ce are loc explorarea. Unii terapeuţi ar putea trece prea brusc la propriile interpretări sau idei, de exemplu: „Crezi că gândeşti în felul acesta pentru că...?" sau „Nu este acesta rezultatul faptului că...?" sau s-ar putea angaja în emiterea presupunerilor. În mod ideal, terapeutul încearcă să nu sugereze idei, ci să lase pacientul să le descopere singur – aceasta înseamnă *descoperire direcţionată*. Consilierii specializaţi în terapie cognitivă consideră că autodescoperirea funcţionează mai bine decât interpretarea, de unde şi importanţa acordată întrebărilor socratice care încep cu „ce" sau întrebărilor deschise. Termenul „socratic" desemnează un tip de dialog care invită în continuare la explorare. Să aruncăm din nou o privire asupra exemplului persoanei care nu a mai telefonat (p. 384). O înşiruire sau un pattern al gândurilor ar putea să fie legate de tristeţe şi depresie. O altă înşiruire sau un alt pattern ar putea fi legate de furie.

Evenimentul declanşator	*Gânduri*	*Emoţii/ comportamente*
Persoana iubită nu a sunat aşa cum a promis	1. Nu mă iubeşte îndeajuns de mult ca să îşi amintească de mine 2. Nu mai este interesată de mine 3. Totul se întâmplă pentru că nu sunt destul de atrăgător/ atrăgătoare sau nu-i stârnesc dorinţa 4. Cei mai mulţi oameni se plictisesc de mine când ajung să mă cunoască 5. Nu voi găsi niciodată pe cineva care să mă iubească *Ameninţare principală:* a fi singură şi lipsită de iubire	Tristeţe Retragere comportamentală
	1. Aş pune pariu că s-a dus într-un bar 2. Nu îi pasă/este lipsit de sensibilitate 3. Este tipic pentru un bărbat/o femeie. Nu te poţi baza pe el/ ea 4. Nu voi tolera să fiu tratată în felul acesta. Las', vede el/ea când o să mă sune... *Ameninţare-principală:* pierderea controlului asupra comportamentului celorlalţi	Mânie Critică şi încearcă să controleze

Observaţi cum se înlănţuie aceste reacţii, gravitând una în jurul celeilalte, deplasându-se în sus şi în jos pe parcursul procesului. De exemplu, persoana în cauză poate să remarce faptul că iubitul nu a sunat şi să înceapă să se simtă singură, neliniştită, iar apoi procesul de gândire se deplasează ascendent în timp ce ea începe să judece motivele pentru care este singură şi să se întrebe de ce nu a primit nici un telefon. În mod similar, în cazul furiei, persoana poate să înceapă prin a resimţi o uşoară iritare, iar apoi

BABEŞ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

poate începe să gândească în diferite feluri. În acest moment este important să reţinem că „interacţiunile gândire-simţire" sunt rareori procese liniare. Prin urmare, explicaţi în mod clar acest lucru pacienţilor, îndeosebi când aşterneţi idei pe hârtie şi le ordonaţi în moduri liniare. După cum am arătat pe tot parcursul acestei cărţi, multe dintre sistemele noastre de procesare prelucrează informaţiile într-o manieră paralelă mai degrabă decât în una serială.

Notă despre convingerile fundamentale. Printre aceste gânduri se află reflecţii ale *convingerilor fundamentale*, precum: „Cei mai mulţi oameni ajung să se plictisească de mine când mă cunosc mai bine. Nu voi găsi niciodată pe cineva care să mă iubească". În cazul furiei, acestea sunt: „Este tipic pentru un bărbat/o femeie. Nu poţi avea încredere în el/ea". Convingerile fundamentale se dezvoltă de obicei în copilărie şi ajută la organizarea, structurarea şi investirea evenimentelor cu semnificaţii (Beck *et al.*, 1979). Se consideră că acestea sunt stabile, iar oamenii îşi vor susţine propriile convingeri, indiferent de starea lor de spirit. Cu toate acestea, convingerile fundamentale îşi au deseori originea în principalele temeri ale oamenilor şi în modul în care au învăţat aceştia să le facă faţă. Convingerile fundamentale „triste" reflectă teama de a fi părăsit şi modul în care se pregăteşte individul să facă faţă acestei experienţe. Convingerile fundamentale „mânioase" reflectă teama de a nu fi capabil să îl controlezi pe celălalt şi recurgerea la agresivitate ca un mijloc de a face acest lucru (strategia de adaptare). În acelaşi timp, furia ar putea să *funcţioneze* pentru a abate atenţia de la sine (de exemplu, de la sentimentul de neajutorare sau ruşine, gândul că persoana ar putea să nu fie atrăgătoare pentru celălalt, aşa cum crede ea). Astfel, trebuie să recurgem întotdeauna la *o analiză funcţională a convingerilor fundamentale* şi să nu le judecăm după aparenţe. Acest lucru este necesar în special în cazul în care veţi opera cu ele în conxiune cu strategiile de protecţie şi comportamentele de siguranţă.

Unora dintre clienţi le-ar putea fi ruşine să recunoască ceea ce gândesc, iar consilierii ar trebui să fie foarte atenţi faţă de acest

aspect din mai multe motive. În primul rând, deoarece pacientul poate să vă spună ce crede el că aţi dori *voi* să auziţi sau s-ar putea să nu dezvăluie prea mult din ceea ce gândeşte de fapt (deoarece se simte ruşinat sau i se pare o prostie să accepte). Faptul de a se găsi în cabinetul unui terapeut, cu mintea limpede, este posibil să facă gândurile să pară iraţionale şi stupide. Presupun că fiecare dintre noi avem gânduri pe care nu ne este uşor să la acceptăm în faţa altcuiva! Problema este totuşi că persoanele care îşi ascund gândurile şi cărora le este greu să fie oneste în privinţa sentimentelor şi gândurilor sunt de obicei mai vulnerabile faţă de diferite forme de psihopatologie şi poate fi mai dificil să fie ajutate decât în cazul celor care sunt mai încrezătoare şi mai deschise. În al doilea rând, întrucât în etapele de la începutul terapiei pacienţii sunt adesea preocupaţi de ceea ce aţi putea să gândiţi *dumneavoastră* despre ei, terapeutul nu poate avea certitudinea că ceea ce pacientul îi oferă drept gândurile sale negative sunt într-adevăr cele care au generat cea mai multă suferinţă. Aşadar, terapeutul trebuie să aibă mintea deschisă şi să fie pregătit să aleagă o altă pistă, pe măsură ce îi sunt furnizate mai multe informaţii şi se dezvoltă o relaţie de încredere între cei doi. Acesta este unul dintre motivele pentru care consilierii specializaţi în terapie cognitivă pun mult accent pe *descoperirea direcţionată*. Totuşi, pentru persoanele care resimt în mod intens ruşinea, acest lucru este mai complex decât pare, îndeosebi în cazul în care „descoperirile" sunt profund ameninţătoare pentru identitatea de sine. Persoanele predispuse la sentimentul ruşinii pot fi extrem de sensibile faţă de acest aspect şi vor exprima convingeri precum teama de „ceea ce veţi scoate la lumină" – nu numai de ceea ce veţi descoperi în ceea ce îi priveşte, ci şi de ceea ce ar putea ei înşişi să descopere.

În al treilea rând, unii pacienţi s-ar putea să nu poată fi capabili să formuleze clar gânduri şi s-ar putea să nu ştie exact ceea ce gândesc, întrucât nu sunt obişnuiţi să exprime sentimente complexe în cuvinte. S-ar putea să nu fie obişnuiţi să vorbească despre universul lor interior sau să fi avut puţine oportunităţi în viaţă pentru a reflecta sau a discuta cu alţii despre gândurile şi sentimentele

lor. De exemplu, Stiles şi colegii săi au dezvoltat modele de asimilare a terapiei prin care indivizii trec de la materialul negat sau evitat, de la sentimente dificil de exprimat în cuvinte, la conştientizarea treptată şi, în acest fel, devin capabili să investească cu noi semnificaţii fanteziile şi trăirile lor intime (de exemplu, vezi Honos-Webb, Stiles şi Greenberg, 2003). În prezent se ştie că acei pacienţi care întâmpină astfel de dificultăţi nu pot fi ajutaţi cu uşurinţă prin terapiile pe termen scurt, iar terapeutul va trebui să fie conştient că probabil formele cognitive de consiliere *pe termen scurt* vor funcţiona cel mai bine în cazul persoanelor care pot să exprima gânduri şi sentimente, care sunt deschise într-un mod rezonabil şi deţin o oarecare capacitate de introspecţie.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Înlănţuirile complexe

Dryden (1989c) a fost cel care a formulat importanţa înlănţuirilor complexe, altfel spus, modul în care o sumă de idei şi concluzii declanşează o altă sumă de idei şi concluzii, sau modul în care un subiect generează un altul. Aceasta este o problemă frecventă în cazul pacienţilor depresivi. Ei pot să afirme lucruri de genul: „Mi-e capul plin de atât de multe gânduri" sau „Totul ia proporţii exagerate în mintea mea". De exemplu, o persoană s-a înfuriat pentru că şi-a imaginat că altcineva a făcut ceva în mod deliberat pentru a o răni. Totuşi, trăirea furiei a condus la frică odată cu gândul: „Dacă o să mă înfurii, s-ar putea să îmi pierd controlul. Dacă îmi pierd controlul, o să par stupidă şi mă voi simţi umilită". Aşadar, s-a gândit să nu mai spună nimic, dar apoi s-a indignat, întrebându-se: „De ce nu îmi susţin niciodată ideile şi îi las pe alţii să mă conducă? Sunt o cârpă". De aici şi gândurile că se va simţi rănită şi condusă de alţii, gândurile că o să fie ridicată şi gândurile despre sine ca fiind o persoană slabă, toate legându-se unele de altele.

În asemenea cazuri, consilierul terapeut încearcă să îşi ajute pacientul să abordeze câte un singur subiect, pe rând. Dryden (1989c) subliniază faptul că dacă o persoană ajunge să fie extrem

de surescitată din punct de vedere emoţional, ar putea fi foarte dificil să fie scoasă din acest ciclu prin restructurare cognitivă. O persoană depresivă ar putea spune: „Înţeleg care este ideea, dar când mă trezesc că sunt la pământ, nu pot să ies din acea stare". Uneori pot fi de mare ajutor activităţile fizice care îi distrag atenţia, cum ar fi alergările sau grădinăritul, iar în alte situaţii poate fi util să lucreze pentru a îndeplini sarcini din ce în ce mai complexe. Relaxarea poate fi *in*utilă, îndeosebi dacă în acest fel se intensifică focalizarea asupra sinelui şi stăruinţa asupra gândurilor negative. De aceea, distragerea atenţiei, care implică o anumită activitate motorie, sau redirecţionarea atenţiei (la fel ca în metoda centrată pe compasiune, vezi capitolul 11) pot fi mai eficiente.

Este important să explicăm faptul că depresia împinge spre inactivitate, însă merită să experimentăm pentru a vedea dacă faptul că vom face un efort suplimentar pentru a deveni activi poate să ajute. De aceea, dacă stăm în pat lăsându-ne dominaţi de acele gânduri care ne copleşesc mintea şi nu ne dau pace, ne vom simţi mai rău. Aşadar, putem încerca să ne dăm jos din pat şi să devenim activi. În TCD (Linehan, 1993) aceasta este denumită „acţiune contrară". După cum vom vedea în capitolele următoare, există alte abordări faţă de această problemă dificilă, bazate în principal pe deprinderea compasiunii faţă de sine şi pe dezvoltarea imaginilor pline de compasiune asupra cărora să ne concentrăm.

Specificitatea

Terapia cognitivă în cazul depresiei îşi propune să se ocupe în detaliu de evenimentele (antecedentele) şi situaţiile care provoacă instalarea acesteia. Pacienţii depresivi pot să nu îşi dea seama de acele lucruri care declanşează schimbările în starea de spirit şi s-ar putea să aibă nevoie să lucreze pentru a se concentra asupra acestor motive. Când se întâmplă acest lucru, este posibil uneori să fie nevoie să se realizeze o listă de situaţii specifice, care generează afecte, gânduri, convingeri negative şi temeri importante.

Specificitatea ajută la stabilirea unor metode de intervenţie şi totodată îl ajută pe pacient să se concentreze asupra faptului că lucrurile pot deveni gestionabile şi controlabile. Totuşi, schimbările predispoziţiilor cerebrale şi ale stărilor de spirit pot avea loc dintr-o multitudine de motive (de exemplu, se pot întâmpla adesea după o gripă, pot fi legate de ciclul menstrual sau de oboseală), astfel încât nu vom sugera că interpretările personale determină întotdeauna apariţia depresiei. Mai degrabă explorarea gândurilor şi a interpretărilor conduce la instalarea şi la intensificarea depresiei.

Identificarea gândurilor

Reacţiile automate pot să apară odată cu instalarea şi pe parcursul unui flux de alte emoţii şi gânduri. De exemplu, dacă un prieten sau un iubit a promis că o să ne sune şi totuşi telefonul nu sună, este posibil să descoperim că devenim neliniştiţi, trişti sau iritaţi, însă conştientizarea *gândirii/raţionamentului şi a gândurilor* noastre poate fi neclară sau slab conturată. În mintea noastră ar putea persista ideea că persoanei respective nu îi pasă suficient încât să sune la timp şi că „este ceva tipic pentru cei pe care îi cunosc; nu te poţi baza pe nimeni niciodată". Sau ne-am putea gândi că „ceva îngrozitor i s-a întâmplat". Astfel, uneori trebuie să *ne autoantrenăm* pentru a percepe aceste gânduri care persistă în plan secund mintea noastră şi pentru a le aduce la nivelul unei conştientizări clare. În acest fel, o persoană depresivă ar putea să aibă nevoie să se autoeduce pentru a se ocupa de reacţiile, interpretările şi gândurile sale automate, astfel încât să îşi ascută puterea de concentrare şi să facă din acestea subiectul unei analize şi comunicări mai detaliate şi să fie deschisă unor posibile alternative. Pacientul poate fi învăţat să îşi spună: „OK, mă simt trist sau furios din această cauză, atunci, de fapt, cum o înţeleg eu?; Ce aş putea să îmi spun mie însumi?; De ce îmi este teamă mai mult în acest caz?". Este ceea ce numim *identificarea gândurilor.*

Pacienţii sunt învăţaţi cum să procedeze în cazul unor modificări ale stărilor de dispoziţie sau ale sentimentelor, să devină mai atenţi la aceste modificări şi să exploreze semnificaţiile personale din această modificare a stării lor de spirit. În acelaşi timp, ei pot să încerce să identifice evenimentele din jurul acestor modificări.

Un alt mod de a lua în considerare acest aspect este să ajutăm pacienţii să devină mai „conştienţi", să înveţe să dezvolte o formă de atenţie internă faţă de ceea ce se naşte în mintea lor (Lineham, 1993). Pentru terapeuţii care îşi învaţă pacienţii să exerseze conştientizarea atentă, este deseori important să nu încerce neapărat să modifice ceea ce crede pacientul, ci să modifice modul în care acesta se raportează la propria gândire automată, dezvoltând o curiozitate atentă (Hayes, Follette şi Linehan, 2004). Astfel, putem ajunge să ne înţelegem reacţiile automate drept exact ceea ce sunt – reacţii automate –, imagini „ce răsar în minte". Însă ne putem antrena singuri pentru a nu fi atraşi atât de uşor în spirala depresivă.

Notarea gândurilor pe hârtie

Pentru a ajuta pacienţii să se deprindă cu identificarea gândurilor, ei pot fi învăţaţi să *îşi noteze pe hârtie diverse lucruri* – să acorde timp explorării gândurilor în raport cu sentimentele lor. Identificarea gândurilor şi centrarea asupra lor sunt aspecte esenţiale ale abordării cognitive, deoarece modalitatea specifică în care oamenii interpretează situaţiile va constitui una dintre problemele pe care se va axa terapia.

Pacienţilor li se pot arăta diferite moduri în care îşi pot înregistra gândurile – şi există multe feluri în care o pot face (Beck *et al.*, 1979; Gilbert, 2000a; Greenberg şi Padesky, 1995; Leahy şi Holland, 2000; Sacco şi Beck, 1995). Astfel de exemple sunt oferite în anexele cărţii de faţă. Personal, obişnuiesc să lucrez asupra câtorva forme de înregistrare a gândurilor într-o manieră colaborativă în timpul şedinţelor şi după aceea să îmi îndemn pacientul să încerce singur. Această practică devine astfel parte a

modului de lucru în afara şedinţei de terapie. Unii pacienţi agreează acest mod de lucru, alţii, dimpotrivă. Astfel, este important să deţinem o înţelegere clară a acestui aspect în cadrul contractului terapeutic. Avantajul faptului de a nota toate aceste lucruri este că încetineşte ritmul gândirii, îi ajută pe pacienţi să reflecteze şi, totodată, să adopte o atitudine mai detaşată, de observare faţă de propriile gânduri şi sentimente. Totuşi, exerciţiul de a „aşterne pe hârtie" împreună cu clienţii ar trebui să aibă loc în momentul când aceştia înţeleg suficient de bine procesul acestei abordări, astfel încât să fie capabili să scrie de asemenea ce alternative pot găsi chiar ei pentru propriile gânduri – un proces pe care îl vom analiza în detaliu în capitolele următoare. Nu este de nici un ajutor să ne limităm la notarea gândurilor negative.

Lumea interioară şi lumea exterioară

Un alt mod de abordare a convingerilor fundamentale şi a celor mai importante temeri în depresie este că acestea se asociază cu teama/îngrijorările legate de lumea din afară *şi* de lumea din interior (Beck *et al.*, 1979, 1990). Dacă preferaţi o abordare centrată pe ameninţare şi temeri (cum prefer şi eu), atunci, în loc să existe un singur element esenţial sau o teamă majoră, *există aproape întotdeauna două*: efectul lumii exterioare asupra ta (altfel spus, felul în care te vor trata ceilalţi) şi, în al doilea rând, ce va declanşa acest lucru în sinea ta şi cum vei face faţă la ceea ce a fost declanşat în universul tău interior. În al treilea rând, ar putea fi modul în care lumea exterioară va răspunde apoi reacţiilor tale (cu bună-voinţă şi înţelegere sau cu respingere). Să presupunem că un student pică un examen. Teama (sau consecinţa principală) centrată spre exterior este că ceilalţi îl vor dispreţui, vor avea o atitudine critică sau de respingere (altfel spus, izolarea şi discreditarea socială). Deoarece lumea înconjurătoare este percepută ca fiind ameninţătoare, aceste ameninţări asupra statutului social vor activa strategii

de protecţie, precum autoînvinovăţirea şi sentimentele de descurajare şi anxietate.

Eşecul la un examen	
Îngrijorări/ameninţări de ordin extern	*Îngrijorări/temeri de ordin intern*
Ceilalţi vor gândi că nu sunt suficient de deştept încât să reuşesc la acest examen Ei ar putea gândi că nu am muncit suficient de mult/sunt leneş	Mă îndoiesc de propriile mele abilităţi O să vreau să renunţ Pierderea speranţei în privinţa rezultatelor Mă simt un ratat (autocritic)
Principalele temeri: ceilalţi mă vor respinge, or să mă vadă ca pe un tip inferior şi inutil. Vor dori să se distanţeze faţă de mine	*Principalele temeri:* mă voi simţi copleşit de depresie, nu voi fi capabil să fac faţă acestor sentimente, mă voi descurca tot mai greu şi îmi voi irosi viaţa

Temerile fundamentale pot fi legate şi de o reactivare a amintirilor emoţionale (de exemplu, legate de un tată critic). Mai mult, diferite comportamente de adaptare vor fi dezvoltate pentru a contracara diferite astfel de temeri. Este posibil ca studentul din exemplul nostru să facă faţă ameninţării din exterior prin retagerea din societate şi să îi fie ruşine să ceară ajutor şi, pe de altă parte, să reacţioneze faţă ameninţarea internă reprezentată de sentimente neplăcute recurgând la băutură sau la consumul de droguri pentru a se simţi mai bine şi a-şi „opri fluxul gândurilor".

Autosupervizarea şi descoperirea direcţionată pot fi de ajutor pentru a pune în lumină aceste două surse care generează temerile, senzaţia de a fi ameninţat şi îngrijorările noastre majore. Este important să facem distincţia clară între îngrijorările/temerile de ordin exterior şi cele din lumea interioară, întrucât astfel putem opera mai uşor cu acestea – în loc să fie lăsate să se întrepătrundă. Este în acelaşi timp util să se clarifice modul de gândire al persoanelor depresive în legătură cu „ceea ce cred eu că este în mintea altora legat de mine (ce gândesc şi simt aceştia despre mine) şi ce cred şi simt eu în legătură cu mine însumi". Clarificarea atentă a acestor lucruri poate revela modul în care adoptăm deseori propriile

evaluări de sine, pornind de la ceea ce credem că gândesc (sau au gândit) alţii despre noi. Dacă veţi recurge la triada perspectivelor negative despre sine, lume şi viitor (Beck *et al.*, 1979), atunci aţi obţine trei astfel de coloane: principala *teamă în ceea ce mă priveşte* (tot ceea ce se naşte în universul meu interior, cum ar fi sentimentele copleşitoare); *teama legată de ceilalţi sau de evenimente* (ce vor face ceilalţi sau cum mă va trata lumea); şi *principalele temeri despre viitorul meu* (nu o să reuşesc şi nu voi atinge obiectivele propuse sau nu mă voi elibera de depresie).

Tipuri de sentimente legate de gândurile negative

Am văzut că deseori gândurile negative sunt asociate cu sentimente negative; că există o conexiune între B şi C. Şi totuşi, să ne amintim de gândurile lui Jane, care, în momentul când Dave nu a venit să o vadă în weekend, şi-a spus: „O, este atât de tipic. Am mereu ghinion în viaţă şi ar fi mai bine dacă m-aş obişnui cu această idee. Nu are nici un sens să încerc să am o relaţe adevărată...". Astfel de gânduri o făceau să devină şi mai deprimată. Şi, cu siguranţă, dacă va înceta să mai lupte, s-ar putea ca situaţia ei să se înrăutăţească într-adevăr. Sau ar putea să decidă că poate fi fericită chiar şi fără să existe un bărbat în viaţa ei. Dar care ar putea fi emoţiile care însoţesc aceste gânduri? Care este *nuanţa emoţională* asociată cu generarea sau transmiterea unui flux de gânduri?

Terapeutul: Atunci când gândeşti în acest fel, Jane, care este tonul emoţional al gândurilor tale? Vreau să spun, cum le formulezi tu de fapt în mintea ta?

Jane: Cum adică?

Terapeutul: Vreau să spun că le-ai putea formula într-un mod simplu şi direct sau într-un mod anxios ori într-unul furios. În ce mod îţi spui lucrurile acestea în mintea ta?

Jane: [*Face o pauză*] O, mai degrabă furios, cred. Ca şi cum dacă eu aş fi o altfel de persoană, atunci relaţiile ar funcţiona, nu ca acum.

Terapeutul: Deci atunci când, să zicem, „auzi" acest gen de gânduri, devii furioasă?

Jane: O, da – mă simt foarte furioasă şi frustrată din pricina felului meu de a fi.

Trebuie spus că autoînvinuirea şi autocritica în cazul depresiei sunt neutre rareori, dar, aşa cum termenul „autoînvinuire" sugerează, aceste tendinţe sunt deseori generate de dezamăgire, furie şi dispreţ. Ceea ce poate fi extrem de important în acest moment este *tonul emoţional al transmiterii gândurilor autoevaluative* – iar furia sau dispreţul sunt prezente întotdeauna (Gilbert, Clarke, Kempel, Miles şi Irons, 2004 ; Whelton şi Greenberg, 2005). În capitolele următoare vom vedea în ce mod poate fi util să ne centrăm pe tonul emoţional al gândurilor şi să ne ajutăm pacienţii să manifeste mai multă compasiune faţă de ei înşişi, să fie mai protectivi şi încurajatori (Gilbert, 2000c ; Gilbert şi Irons, 2005). Într-adevăr, este important ca, atunci când persoanele depresive caută alternative pentru gândurile lor depresive, *să nu* o facă printr-o altă formă de autoînvinuire, de exemplu : „Ei haide, încetează să mai fii atât de absurd. Bagă-ţi minţile în cap. Ce să mai zici acum – eşti un fraier ! ". Sau : „Ştii că activitatea o să-ţi facă bine, aşa că dă-te jos din pat, leneşule ! ". Oricare ar fi gândurile alternative pe care ar putea încerca să le genereze pacientul sau oricare ar fi comportamentele/activităţile de adaptare în care acesta va încerca să se angajeze, verificaţi întotdeauna dacă tendinţa acestora este să fie *îngăduitoare*, *protectoare* şi *încrezătoare* – nimeni nu se poate vindeca de depresie autobrutalizându-se. Vom explora acest aspect important în capitolul 11.

Predispoziţii cognitive

Forţa unei emoţii sau a unei stări de spirit poate fi deseori asociată cu aprecierile globale – „ameninţarea principală" de la sfârşitul lanţului – şi cu natura acestor evaluări (de exemplu, lucrul acesta ar fi îngrozitor şi insuportabil). Totuşi, acestea nu sunt întotdeauna

conştientizate. În funcţie de modul în care pacienţii leagă ideile între ele, pot exista diverse *predispoziţii* în modul lor de gândire. În mod firesc, depresia ne determină să fim mai negativi – este, *în mod explicabil*, parte din ceea ce reuşesc să facă stările de spirit negative. Când devenim depresivi, se poate să ne focalizăm pe anumite detalii negative şi să excludem alternativele pozitive. Sau putem să „tragem concluzii pripite". De exemplu, „această relaţie nu a mers, deci *toate* vor merge prost", sau „Am picat acest examen, deci voi *eşua orice aş face*", sau: „Nu voi fi *niciodată* un învingător". Pe măsură ce starea de spirit se înrăutăţeşte, gândim în culori tot mai sumbre sau extreme, ori e albă, ori e neagră. Beck şi colaboratorii săi (1979) sunt de părere că există anumite tipuri de predispoziţii ce influenţează modul în care judecăm şi gândurile automate ale pacienţilor depresivi:

1. Deducțiile arbitrare – tragerea unei concluzii negative în absența datelor care să o susțină.
2. Abstracție selectivă – concentrarea asupra unui detaliu scos din context, deseori în detrimentul unor informații mai evidente.
3. Supragеneralizarea – tragerea concluziilor despre o gamă de aspecte pe baza unor evenimente singulare.
4. Exagerarea și minimalizarea – comiterea de erori în aprecierea importanței unor evenimente și a implicațiilor acestora.
5. Personalizarea – stabilirea unei legături între evenimente externe (adesea negative) și propria persoană, când sunt prea puține motive pentru a face acest lucru.
6. Un mod de gândire absolutistă, dihotomică – gândirea la poli opuși (alb și negru), ca și când un lucru este fie în intregime bun, fie în întregime rău – un dezastru total.

Toate acestea sunt aspecte specifice pentru o gândire dominată de ameninţare, de tipul „paza bună trece primejdia rea" (Gilbert, 1998b). Alţi cercetători au observat gândirea egocentrică (de exemplu, „Oamenii gândesc probabil la fel cum gândesc eu") şi presupunerea existenţei telepatiei (de exemplu, „Oamenii ar trebui să ştie ce simt fără să fiu nevoit[ă] să le spun eu"). Unele dintre aceste predispoziţii de a gândi nu sunt descoperirile terapiei cognitive. De exemplu, gândirea în alb şi negru este una dintre

formele de clivaj în teoria relaţiilor de obiect. De asemenea, a devenit evident faptul că raţionamentul uman, în general, implică adesea aceste stiluri de raţionament (Gilbert, 1998b ; Hollon şi Kriss, 1984), iar pacienţilor depresivi nu le sunt deloc străine. De fapt, psihologii adepţi ai şcolilor evoluţioniste şi sociale au arătat că, de cele mai multe ori, avem înclinaţii şi polarizări complexe în modul nostru de gândire (Tobena *et al.*, 1999). Modul în care ne judecăm propriile comportamente în comparaţie cu ale altora sau propriii copii faţă de cei ai altora sau pe cei care fac parte din grupul nostru, cei din afara grupului sau pe cei la care ţinem faţă de cei la care nu ţinem, toate acestea sunt domenii în care *parti-pris*-urile (de obicei, înclinaţii de a gândi într-un mod favorabil pentru propria persoană) din gândirea noastră sunt frecvente. Aşadar, centrarea şi conţinutul acestor predispoziţii contează cu adevărat, şi nu faptul de a fi întotdeauna absolut raţionali. Mai există în acelaşi timp o observaţie evoluţionistă, conform căreia, în condiţii de stres, este firesc să începem să „ne imaginăm cel mai rău scenariu cu putinţă, să fim extrem de vigilenţi pentru a detecta ameninţările şi să avem un mod de gândire dominat de perspectiva ameninţării iminente" (Gilbert, 1998b). Astfel de stiluri de gândire este posibil să fi avut iniţial funcţii de adaptare. Este ceea ce a fost numit *gândire de tipul „paza bună trece primejdia rea"*. Totuşi, aceasta poate să devină extrem de inadecvată.

Încercaţi să evitaţi formulări de genul „distorsionări cognitive" sau „gânduri defectuoase sau inadecvate", deoarece persoanele depresive ar putea să nu înţeleagă aceşti termeni în maniera academică familiară pentru noi – ca nişte înclinaţii defensive în raţionament. Este foarte posibil ca pacienţii să creadă că vreţi să sugeraţi că au un mod de gândire greşit sau că sunt iraţionali. Acest lucru poate să conducă la gânduri de tipul „ar trebui", care pot fi mai depresive, şi la negarea sentimentelor : „Nu ar trebui să gândesc în felul acesta. Sunt stupid/absurd". Consilierea *nu* înseamnă să le demonstrezi oamenilor că sunt absurzi sau iraţionali, ci mai degrabă să îi ajuţi să înţeleagă legăturile dintre gândurile şi sentimentele lor şi cum este posibil să fi rămas blocaţi în moduri de

gândire explicabile, dar inutile (Salkovskis, 1996a). Cu toate că înclinaţiile se manifestă în gândire în diverse stări mentale, în unele cazuri persoanele depresive pot de fapt să gândească mai limpede decât cele care sunt deprimate (Taylor şi Brown, 1988). Consilierul terapeut îşi poate ajuta pacientul să admită faptul că înclinaţiile cognitive sunt explicabile (de exemplu, sunt cauzate de evenimente din trecut, de stres şi de tendinţele absolut omeneşti de a gândi în anumite feluri, deseori iraţionale), iar „stimulul" stărilor de spirit şi al celor mentale produce schimbări în modul de gândire. În acest fel vom ajuta clientul să se poată orienta spre efortul considerabil de a nu lua de bun doar felul în care gândeşte, ci de a căuta şi moduri de gândire alternative. Astfel, poate fi util să li se explice pacienţilor că acesta este tipul de gândire specific *depresiei*. (Şi există un tip de gândire asociat cu furia şi un tip diferit asociat cu fericirea, aşa cum mai există şi un tip diferit asociat cu anxietatea etc.) Cei mai mulţi oameni au tendinţa să gândească într-un anumit fel, pe măsură ce depresia evoluează, la fel cum celor mai mulţi dintre noi ni se întâmplă să ne crească temperatura când suntem bolnavi sau să tremurăm când ne este frig. Totuşi, putem face anumite lucruri pentru a ne reduce temperatura sau pentru a ne încălzi şi, în aceeaşi măsură, putem găsi alternative la modul nostru de gândire defensiv în faţa ameninţării.

Gândirea insistentă şi ruminaţia

Este important să ajutăm pacienţii să facă distincţia dintre acele gânduri/sentimente care sunt cu adevărat automate şi cele asupra cărora o persoană stăruie şi care revin continuu în mintea lor. Gândirea insistentă şi ruminaţia asupra gândurilor negative pot conduce pacienţii într-un stadiu mai profund de depresie, iar aceştia pot să petreacă mult timp concentrându-se şi autoîndoctrinându-se în mod repetat cu propriile lor gânduri şi sentimente negative. Este aproape ca şi când aceste gânduri ar crea dependenţă. Pentru a ajuta pacienţii să recunoască diferenţa dintre gândurile

automate şi ruminaţiile repetitive, puteţi să îi întrebaţi: „Cât de mult timp îţi petreci gândind în felul acesta? Odată ce a început ciclul ruminaţiei, cum îi pui capăt? Ce crezi că se întâmplă cu sentimentele tale atunci când te gândeşti cu insistenţă la ele?". Observaţi în acelaşi timp prezenţa *sentimentului* în ruminaţie. De exemplu, ruminaţia autocritică poate fi însoţită de un sentiment permanent de furie şi frustrare faţă de sine, iar aceste sentimente direcţionate spre sine accentuează depresia. În acest fel, putem demonstra felul în care acele gânduri şi sentimente se îmbină într-o spirală descendentă, trasând scheme circulare, aşa cum vom analiza în capitolele ce urmează (vezi pp. 363 şi 449).

Aspecte-cheie 9.2. *Explorarea semnificaţiilor personale*

1. Ajutaţi-vă pacienţii să înţeleagă legătura dintre sentimente şi gânduri.
2. Iniţiaţi-i în demersul esenţial al identificării şi monitorizării conexiunilor dintre gânduri şi sentimente.
3. Prin folosirea anumitor tipuri de întrebări, cum ar fi „când", „ce" şi „cum", putem ajuta clientul să îşi clarifice gândurile.
4. Aceste întrebări urmăresc să faciliteze descoperirea direcţionată. Ele ar trebui să fie discursive şi nu asemănătoare unui interogatoriu.
5. Uneori, terapeutul poate să pună întrebări legate de imagini mentale şi/sau reprezentări, în loc să se bazeze pe descrierea în cuvinte. Alteori, terapeutul poate să continue explorarea apelând la fantezia pacientului şi iniţiind discuţia: „Hai să ne imaginăm că...".
6. Pacienţii depresivi au deseori diferite asambluri de gânduri care devin înlănţuiri complexe cu teme care interacţionează. În aceste momente, terapeutul încearcă să fie precis, urmărind câte o temă sau o idee pe rând.
7. Explorați alături de pacient diferențele dintre reacțiile automate şi ruminație.
8. Faceți distincția între temerile principale de ordin interior şi exterior.

Reguli, atitudini şi supoziţii

Regulile de viaţă pot fi privite ca nişte instrucţiuni sau supoziţii, care au legătură cu fericirea şi evitarea durerii sau a sentimentului de neplăcere (de exemplu, „Ca să fiu fericit, trebuie să fiu iubit" sau „Trebuie să am succes pentru a nu fi respins" şi aşa mai departe). Anumite reguli şi atitudini s-au dezvoltat urmând scala de atitudini disfuncţionale (SAD) (vezi Blackburn şi Davidson, 1995, pp. 211-214, pentru un model al acestei scale). Prezentăm în continuare câteva dintre atitudinile disfuncţionale tipice extrase din SAD:

(4) Dacă nu o să mă descurc bine mereu, oamenii nu mă vor respecta.
(11) Dacă nu pot să fac ceva bine, nu are nici un sens să încerc.
(16) Nu sunt bun de nimic, dacă persoana pe care o iubesc nu mă iubeşte.
(23) Ar trebui să fiu necăjit dacă aş face o greşeală.
(25) Pentru a fi o persoană cumsecade, morală, demnă de respect, trebuie să pun întotdeauna pe primul loc interesele celorlalţi.

Atitudinile disfuncţionale au legătură cu diverse domenii şi teme sociale, cum ar fi perfecţionismul şi aprecierea (de exemplu, „Ceilalţi vor avea o părere mai proastă despre mine dacă voi face o greşeală", „Dacă cineva cere ajutorul, este un semn de slăbiciune"). S-a manifestat o preocupare specială în direcţia cercetării legate de scala atitudinilor disfuncţionale în cazul depresiei (Sacco şi Beck, 1995). S-a descoperit că pacienţii depresivi înregistrează scoruri semnificativ mai ridicate în privinţa acestei scale faţă de persoanele care nu sunt deprimate. Totuşi, acelaşi rezultat l-au înregistrat multe alte grupuri de pacienţi, iar atitudinile disfuncţionale nu sunt specifice depresiei. Scorurile SAD sunt corelate cu starea nevrotică (Teasdale şi Dent, 1987). S-a descoperit totodată că SAD este influenţată de dispoziţie şi supusă modificărilor stării

de spirit. Este important de remarcat că uşurinţa reactivării supoziţiilor disfuncţionale (cum ar fi, de exemplu, prin uşoare schimbări ale stării de spirit) este legată de vulnerabilitatea faţă de depresie şi riscul de recidivă (Siegle, Carter şi Thase, 2006). După cum am remarcat în capitolul 3, uneori factorul declanşator poate fi frustrarea. În acest fel, vulnerabilitatea faţă de depresie este legată de activarea stilurilor cognitive depresive, care la rândul lor sunt legate de temerile principale şi de strategiile protective (vezi capitolele 5 şi 6).

Capcane, dileme şi piedici

Ryle (1990) a explorat unele teme cognitive şi alte idei terapeutice şi le-a instalat într-o structură utilă. El a sugerat că temele repetitive (denumite capcane, dileme şi inconveniente) îşi fac apariţia în diferite forme de psihopatologie, îndeosebi în cazul depresiei. Acestea generează diferite conflicte (apropiere-evitare), determină suprastimularea şi conduc la generarea unei stări de confuzie.

Capcanele sunt supoziţii negative care conduc la diferite forme de comportament, ale căror consecinţe întăresc şi mai mult supoziţiile (de exemplu, „Sunt o persoană plictisitoare în ochii celorlalţi, prin urmare nu o să-i intereseze ceea ce am de spus şi de aceea nu o să mai spun nimic"). Rezultatul este că persoana se comportă într-un mod plictisitor, iar oamenii îşi pierd interesul faţă de ea.

În cazul *dilemelor*, persoana acţionează ca şi cum soluţiile disponibile sau rolurile posibile sunt limitate la nişte alternative polarizate (dihotomii false). Adesea nu ne dăm seama că aşa stau lucrurile (de exemplu, „Fie îmi exprim sentimentele – dar atunci voi fi respins –, fie le ascund – dar atunci voi fi nemulţumit. Dacă iubesc pe cineva, atunci trebuie să cedez în faţa tuturor dorinţelor sale"). Aceasta este în legătură cu modul de gândire în alb şi negru şi foloseşte stilul de gândire „dacă-atunci". Când persoana

se simte prinsă în capcană, dilemele pot gravita în jurul acestui mod de gândire în alb şi negru: „Fie renunţ la această relaţie şi mă voi simţi îngrozitor de singur, fie continui şi va trebui să accept situaţia". Un astfel de mod de gândire poate duce la sentimentul că „nu există ieşire" şi că eşti prins în capcană (vezi capitolul 3).

Leahy (2002) a scris, la rândul lui, despre modul în care diferite convingeri despre emoţii – că anumite emoţii/gânduri şi fantezii pot fi experimentate ca fiind ruşinoase, de neînţeles sau copleşitoare – pot conduce la acest gen de gândire. În opinia mea, ele sunt legate de unele forme de „clivaj" şi adesea conduc la lupte interioară cu sinele. De exemplu, o parte a sinelui încearcă să placă celorlalţi, iar o altă parte se simte extenuată şi nemulţumită pentru că trebuie să fie la cheremul cuiva. Sau o parte a sinelui este furioasă din pricina, să spunem, terapeutului, iar o altă parte a sinelui este îngrozită de faptul că acest lucru ar putea fi scos la iveală.

Piedicile sunt ţeluri adecvate sau roluri care sunt abandonate (a) în baza presupunerii (adevărate sau false) că ceilalţi ne vor fi potrivnici sau (b) independent de părerile celorlalţi, ca şi cum ar fi interzise sau periculoase. Din nou, convingerile esenţiale întăresc deseori acest gen de gândire (Leahy, 2001). Persoana depresivă poate fi mai mult sau mai puţin conştientă că acţionează în acest mod şi ar putea lega totul de unele sentimente, cum ar fi ruşinea. Terapia cognitivă recurge la abordarea avantaje-dezavantaje pentru a explora acest aspect (de exemplu, „Dacă o să mă simt mai bine, aş putea fi mai asertiv, dar atunci s-ar putea să nu-mi mai placă de mine sau să semăn mai degrabă cu mama – de care nu-mi place"). Piedicile se fac simţite în stilurile de gândire „da, dar". Persoanele depresive se angajează deseori în răspunsuri de tipul „da, dar". Nu subestimaţi niciodată posibilele piedici pe care le-ar putea percepe unii pacienţi în legătură cu însănătoşirea lor! Piedicile pot să sugereze un grad ridicat de ambivalenţă referitoare la schimbare, care este esenţială în intervievarea motivaţională.

Aspecte-cheie 9.3. *Atitudini disfuncționale*

1. Atitudinile disfuncționale sunt deseori „reguli de viață" generalizate.
2. Acestea pot fi extrem de rigide şi generalizate şi pot include termeni precum „întotdeauna", „niciodată", „neapărat", „ar trebui", „trebuie". Atitudinilor disfuncționale le lipseşte flexibilitatea.
3. Sunt disfuncționale deoarece ne țin departe de obiectivele pe care ni le-am propus sau ne conduc spre exercitarea lamentabilă a unor roluri (de exemplu, „Cu cât simt mai mult nevoia să fiu aproape de cineva, cu atât mai mult acea persoană se distanțează de mine" sau „cred că nu trebuie să am niciodată un eşec şi atunci mai bine stau în banca mea şi nu mai încerc deloc").
4. Pot conduce la diverse capcane, piedici şi dileme.
5. În cazul depresiei, acestea au tendința să se centreze asupra temelor pe care le-am evidențiat în capitolele anterioare şi asupra diferitelor roluri (de exemplu, „Trebuie să fiu grijuliu, trebuie să fiu iubit, trebuie să câştig respectul celorlalți").
6. Atitudinile disfuncționale sunt legate de experiența esențială a sinelui (de exemplu, „Nu mă simt bine dacă este încălcată o regulă, în schimb mă simt bine dacă am avut succes"). Dacă sunt întărite pozitiv în mod ocazional, acestea pot fi menținute un timp îndelungat.
7. Sunt legate de speranțele esențiale pe care le proiectăm în viitor (de exemplu, „Dacă sunt iubit[ă], atunci voi fi fericit[ă]", „Dacă o să am succes, atunci voi fi cineva – mai bine să fiu cineva decât un nimeni").
8. Sunt deseori întărite din punct de vedere cultural (de exemplu, „Bărbații ar trebui să fie individualişti şi să reuşească întotdeauna" sau „Femeile ar trebui să fie întotdeauna iubitoare şi grijulii").

Comportamente de siguranță şi strategii de siguranță

Mi-am petrecut mult timp încercând să explic că toate fiinţele vii manifestă tendinţa de a se autoproteja de ceea ce le face rău sau le răneşte. Fiinţa umană nu este o excepţie. Într-adevăr, venim pe lume, ca oricare dintre animale, înzestraţi cu o diversitate de emoţii posibile (cum ar fi, furia, anxietatea şi dezgustul) şi de comportamente (lupta, retragerea, docilitatea), care ne vor avertiza sau ne vor ajuta să facem faţă ameninţărilor şi pericolelor. În acelaşi timp, suntem predispuşi automat să avem stări mai proaste în contextul unor pierderi sau înfrângeri (Gilbert, 1992, 2006a). Aceste strategii de siguranţă automate pot fi declanşate în cazul depresiei şi poate fi util să discutăm cu pacienţii în aceşti termeni, astfel încât aceştia să îşi poată înţelege depresia ca fiind o parte dintr-un *sistem evolutiv de protecţie* al creierului.

Totuşi, putem gândi într-un alt mod despre comportamentele şi strategiile de siguranţă. De exemplu, copiii care au fost neglijaţi sau abuzaţi vor dezvolta convingeri conform cărora ceilalţi reprezintă o ameninţare. Aşadar este un comportament de siguranţă absolut explicabil, să nu te apropii prea mult sau să nu te încrezi în ceilalţi. Convingerile lor se potrivesc cu *strategia de siguranţă* de tipul „stai departe de ceilalţi, ar putea să îţi facă rău". Din păcate, dacă acest lucru are o logică, poate în să fie acelaşi timp inutil, deoarece înseamnă că indivizii se vor strădui să înveţe să deosebească o persoană de încredere de una care nu este demnă de încredere, au probleme în dezvoltarea unor relaţii apropiate sincere şi bazate pe înţelegere, întrucât orice semn de conflict le declanşează strategiile automate de siguranţă. În acest fel, devine dificil să te descurci (şi să înveţi cum să o faci) şi să accepţi suişurile şi coborâşurile unor astfel de relaţii. De exemplu, Kate venea dintr-un mediu cu probleme şi dezvoltase un mod docil de a face faţă ameninţărilor din partea părinţilor, prin retragerea în

sine. Îi venea greu să fie asertivă în faţa oamenilor, îndeosebi în prezenţa bărbaţilor. Şi, cu siguranţă, ea nu învăţase să îşi exprime propriile nevoi faţă de aceştia. De câte ori ei păreau să fie asertivi sau agresivi, ea adopta în mod automat un comportament docil şi se retrăgea în sine. Este un lucru de înţeles, deoarece învăţase să se *protejeze* în faţa furiei tatălui ei, angajându-se în acest gen de comportamente. Într-adevăr, un comportament docil este un comportament de siguranţă absolut explicabil în preajma altor persoane care inspiră teamă. Astfel, în loc să discutaţi acest lucru în termenii „inadaptării", ar fi de ajutor să se evidenţieze împreună cu pacientul modul în care comportamentul şi modurile sale de gândire se leagă deseori de anumite *eforturi intense de a rămâne în siguranţă*.

Din nefericire, aceste strategii automate de siguranţă au acum consecinţe neprevăzute, involuntare şi indezirabile. Astfel, înainte să ne propunem să schimbăm lucrurile, este util să validăm eforturile indivizilor. Aşadar, poate fi de ajutor să vorbim cu pacienţii despre modul în care ei încearcă să *se protejeze* de lucrurile rele ce s-ar putea întâmpla. În acest fel sunt evitate orice gen de discuţii despre modul în care convingerile esenţiale sau schema ar fi inadecvate sau distorsionate (vezi mai jos). În schimb, pacienţii care devin uşor anxioşi, agresivi, docili sau evită/se retrag în sinea lor pot să conceptualizeze aceste dificultăţi ca „sistemul lor de protecţie", care „lucrează peste program" şi este permanent sub „cod roşu" de alertă. Putem astfel să validăm eforturile lor. Acest lucru ajută la înlăturarea sentimentului de ruşine pe care îl au pacienţii şi le dă în acelaşi timp un motiv pentru a se gândi la felul în care să îşi modifice comportamentele.

După cum am notat în continuare, în formulare este prin urmare util să se ia în considerare modalităţile caracteristice prin care oamenii percep şi abordează acele lucruri care îi ameninţă. Amintiţi-vă că percepţia ameninţărilor este legată de amintirile emoţionale (Brewin, 2006). Pornind de aici, terapeutul poate începe să se gândească la modul în care comportamentele şi cogniţiile pot ajunge să fie blocate laolaltă în cercuri vicioase.

Acestea sunt consecinţe absolut neintenţionate, iar terapeutul îi poate vorbi pacientului despre felul în care acestea depind de „cele mai intense eforturi ale noastre de a ne autoproteja". Vom analiza în detaliu acest aspect curând, când ne vom opri asupra formulării.

Schema eu-celălalt

„Schema" are legătură cu sistemele centrale şi fundamentale *de organizare* a informaţiilor despre sine şi ceilalţi. Acestea se construiesc de-a lungul vieţii, ca rezultat al experienţelor interpersonale. Ele sunt percepute ca elemente componente ale amintirilor, emoţiilor, tendinţelor de a acţiona şi ale cogniţiilor. Schema eu-celălalt poate fi exprimată uneori în câteva cuvinte care exprimă atribute personale: „Eu sunt...", „celălalt este...". Aceste descrieri pot căpăta o puternică încărcătură *emoţională* şi pot reprezenta aspecte esenţiale ale identităţii – percepţia fundamentală a propriei persoane şi a celorlalţi. „Puterea" lor emoţională poate fi evidenţiată în relaţiile interpersonale. Figura 9.1. oferă o reprezentare simplă.

Trecutul experienţelor de relaţionare
Părinţi
Fraţi/surori
Colegi/prieteni
Profesori/şefi

	Eu sunt...	*Celălalt este...*
Pozitiv	Capabil, iubitor, grijuliu, de încredere, prietenos, valoros, competent, atrăgător, cumsecade etc.	– Capabil, iubitor, grijuliu, de încredere, prietenos, valoros, competent, atrăgător, cumsecade etc.
Negativ	Incapabil, neafectos, incompetent, ostil, neglijent, rău, egoist, urât etc.	– Incapabil, neafectos, incompetent, ostil, neglijent, rău, egoist, urât etc.

Figura 9.1. *Schema eu-celălalt*

Există, cu siguranţă, alte domenii legate de identitatea de sine, cum ar fi: „Cum cred eu că mă văd ceilalţi" (de exemplu, ca o persoană capabilă, cumsecade etc.) şi „Cum îmi doresc să mă vadă ceilalţi". De asemenea, consilierii specializaţi în terapie cognitivă fac o distincţie între schema eu-celălalt condiţionată şi cea necondiţionată. O perspectivă condiţionată este: „Sunt bun dacă...", în timp ce o perspectivă necondiţionată este: „Sunt rău, indiferent dacă..." (altfel spus, „nu pot face nimic să ajung să fiu un om bun") (Beck *et al.*, 1990). În cazul episoadelor mai puţin complicate de depresie, se consideră că are loc o schimbare bruscă de la schema anterioară (de obicei) pozitivă a sinelui în raport cu ceilalţi (sau a autoorganizării şi identităţii) la activarea unei scheme negative (de exemplu, „Altădată mă simţeam perfect aşa cum eram, dar acum simt că sunt un ratat"). Acest lucru este important, deoarece se consideră că amintirile pe termen lung depoziteză un ansamblu de scheme şi amintiri emoţionale pozitive (Brewin, 2006). Aşadar, faptul că operăm la nivelul unor gânduri automate şi atitudini, reanalizând, reatribuind şi refocalizând gândirea pacientului va ajuta la reactivarea acestor scheme şi amintiri pozitive, care încă mai există, dar au ajuns în stare latentă în cazul depresiei (Beck *et al.*, 1979; Blackburn şi Davidson, 1995).

În cazul depresiilor complexe şi de lungă durată, în mod special cele asociate cu aşa-numitele „tulburări de personalitate", o schemă şi amintirile despre sine pozitive sau afecţiunea şi ajutorul din partea celorlaţi ar putea să nu existe sau, în cel mai bun caz, să fie foarte fragile chiar şi în cele mai favorabile momente (de exemplu, o persoană poate să se fi simţit în puţine cazuri bine în ceea ce o priveşte, în schimb, s-a simţit întotdeauna subordonată/inferioară şi vulnerabilă; ceilalţi se poate să fi fost de puţine ori grijulii şi atenţi faţă de ea). Din această cauză, tehnicile de reactivare şi de exploatare a nivelului premorbid de funcţionare al unei persoane sunt ineficiente, deoarece există o schemă pozitivă redusă (în memoria pe termen lung) care să poată fi folosită. Terapia care se ocupă de aceste probleme devine în acest sens mai curând o terapie care dezvoltă ceva „din nimic". Acest lucru

durează mult mai mult timp şi necesită o concentrare diferită, îndeosebi asupra importanţei relaţiei terapeutice (Gilbert şi Leahy, 2007). De aceea, este important să dobândim o oarecare idee despre nivelul premorbid de funcţionare al persoanei depresive. Întrebarea de bază aici este: „de cât timp are nevoie persoana depresivă în demersul dezvoltării, pentru a genera scheme şi amintiri emoţionale noi?". Destul de mulţi terapeuţi adoptă perspectiva conform căreia, în unele cazuri, noi evoluăm astfel încât ne depăşim psihopatologiile, iar chestiunea maturizării şi a atingerii unui nou prag de învăţare (în locul reactivării unei scheme pozitive) este o problemă-cheie în schimbarea terapeutică (Gilbert, 1995a; Safran, 1998). Aceste evoluţii îmbogăţesc în mare măsură modelul cognitiv şi oferă modalităţi noi de lucru din punct de vedere terapeutic (vezi Gilbert şi Leahy, 2007; Kuehlwein şi Rosen, 1993; McCullough, 2000; Snyder şi Ingram, 2006).

Un alt mod în care este folosită schema este redarea temelor principale care reapar în problemele cu care se confruntă pacienţii. De exemplu, ea se poate centra asupra unor probleme cum ar fi neîncrederea sau teama de a fi abandonat şi este destul de uşor în acest fel să examinăm convingerile esenţiale din jurul acestor teme (Young, Beck şi Weinberger, 1993; Young şi Klosko, 1993). Motivul este că dacă o schemă este declanşată, ea va orienta atenţia pacientului şi modurile de gândire într-o manieră adecvată respectivei scheme. Astfel, de exemplu, o persoană care a dezvoltat o schemă legată de „abandon" poate fi înclinată să interpreteze situaţii ambigue sau conflicte interpersonale normale în termenii intenţiei altora de a-i abandona sau respinge. De aceea, persoana respectivă va reactiva în acea situaţie într-un mod exagerat. Faptul că ajutaţi pacienţii să îşi identifice schema poate fi un mod prin care îi ajutaţi să-şi recunoască punctele „vulnerabile".

Precauții față de schemă

Conceptele legate de schemă au fost folosite de mulţi terapeuţi şi acestea sunt foarte utile din perspectiva euristică (Young, Beck şi Weinberger, 1993 ; Young şi Klosko, 1993). Cu toate acestea, ele nu ar trebui folosite pentru a sugera că există o „anumită schemă negativă" care se află în interiorul pacientului (de exemplu, „Ai această problemă pentru că deţii schema X"). De asemenea, ele nu ar trebui folosite tautologic (de exemplu, „Nu ai încredere în oameni pentru că deţii o schemă axată pe neîncredere sau îţi este frică să nu fii abandonat pentru că deţii o schemă axată pe abandon"). În schimb, schema se referă la felul în care emoţiile şi gândurile sunt *organizate şi modelate* în jurul anumitor teme ; schemele nu sunt entităţi care sălăşluiesc în creier. Deşi ar putea fi util pentru terapeut să gândească în termenii unei scheme, după opinia mea, la fel de util este să ne gândim la temele fundamentale ale pacientului, care au legătură cu unele dintre domeniile percepute ca ameninţătoare (Gilbert, 1992). În acest fel, la modul virtual, orice temă şi orice pattern sunt posibile, iar terapeutul nu este nevoit să „diagnosticheze" anumite tipuri specifice de scheme. Conceptele legate de schemă nu ar trebui folosite dacă ar putea să le trezească sentimente de ruşine pacienţilor. Astfel, dacă veţi folosi idei legate de schemă, folosiţi-le cu o anumită compasiune, pentru a discuta care sunt sursele „explicabile" ale vulnerabilităţii. Îmi exprim această părere deoarece supervizând terapeuţii lipsiţi de experienţă, aceştia pot fi auziţi folosind conceptul de schemă aproape ca şi când ar fi un diagnostic medical. Nu acesta este modul în care ar trebui să fie folosite. În lucrarea lor aparţinând genului *self-help*, Young şi Klosko, care au dezvoltat „terapia pe baza schemei", nu folosesc niciodată sintagma „schemă inadecvată", ci preferă sintagma „capcane ale vieţii" (Young şi Klosko, 1993). Aşadar, asiguraţi-vă că limbajul folosit şi utilizarea conceptelor nu sunt încărcate cu terminologie de specialitate, care ar putea induce ruşinea pacientului, ci mai curând un instrument care vă uşurează lucrul.

O altă precauţie necesară are legătură cu faptul că diverse probe sugerează într-o tot mai mare măsură că acele concepte ale schemei autonome a sinelui nu sunt sprijinite de date. Există suficiente motive pentru a considera că modul în care ne construim sinele şi schema sinelui sunt utile doar în contextul relaţiilor sociale în care acestea sunt încorporate. De exemplu, în numeroase studii de cercetare, Baldwin a arătat că autoaprecierea se leagă într-un mod conştient şi inconştient de ceea ce credem că gândesc ceilalţi despre noi (vezi Baldwin şi Dandeneau, 2005, pentru recenzii ale studiilor). Acesta este motivul pentru care suntem atenţi să distingem ameninţările externe de cele interne. Astfel, o dată în plus înţelegem că motivele prin care oamenii îşi justifică anumite sentimente nu sunt neapărat exacte (Haidt, 2001). Într-adevăr, când oamenii se concentrează asupra unor trăsături negative ale sinelui, este întotdeauna important să ne gândim că aceasta ar putea fi o atitudine defensivă. În acelaşi timp, trebuie luat în considerare faptul că mintea noastră deţine multiple moduri de procesare a informaţiilor, care pot intra în conflict unele cu altele. De asemenea, să ne amintim că în cazul depresiei, conflictele de tip apropiere-evitare şi dilemele sunt obişnuite. Ele pot activa lanţuri de interacţiuni complexe ale gândurilor şi sentimentelor, facându-ne să ne simţim ca şi când mai „multe idei ne asaltează deodată mintea" şi dându-ne senzaţia de fragmentare şi disipare (vezi capitolul 4).

Aspecte-cheie 9.4. *Schema eu-celălalt*

1. Există structuri fundamentale ale conceptelor eu-celălalt (de exemplu, „Eu sunt. Tu eşti").
2. Terapeutul poate analiza dacă a avut loc o mutaţie majoră de la percepţiile anterioare pozitive ale schemei eu-celălalt către o schemă negativă sau o intensificare a schemei negative eu-celălalt.
3. Odată activate, aceste scheme au tendinţa să se autoperpetueze şi să opună rezistenţă în faţa schimbării; altfel spus, persoana distorsionează informaţiile pentru a-şi

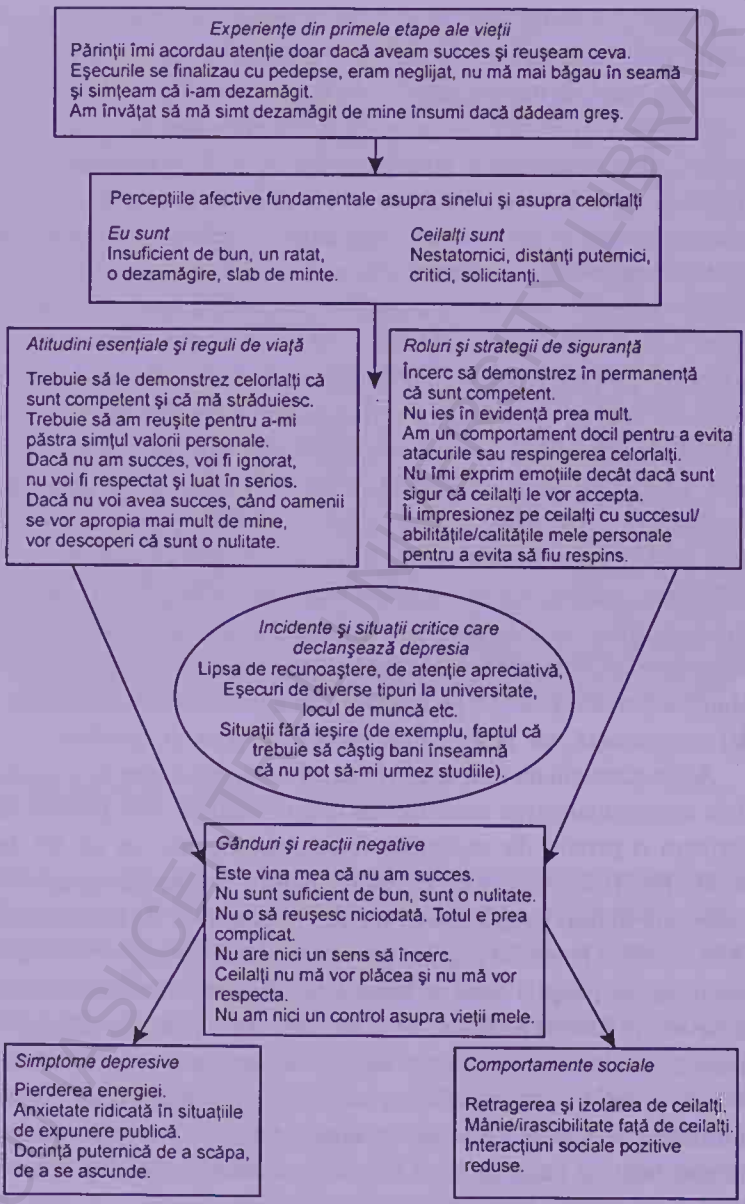
păstra (de exemplu, prin personalizare şi concentrare asupra alternativei negative/ameninţării).
4. În cazul unor pacienţi, deşi schemele lor sunt negative, ele sunt în acelaşi timp centrate pe siguranţă, prin faptul că sunt familiare – reprezintă ceea ce este cunoscut şi previzibil.
5. Când este activată o schemă, ea tinde să genereze o stimulare defensivă intensă (de obicei) şi declanşează răspunsuri defensive (mânie sau anxietate şi luptă/fugă/evitare etc.).
6. Bazele schemei eu-celălalt provin deseori din experienţe timpurii de viaţă.
7. În acest fel, schemele pot fi dificil de articulat în limbaj, dar sunt „experimentate" ca stări emoţionale.
8. Uneori, un client simte şi se comportă „ca şi când" schema negativă ar fi fundamentală, chiar dacă s-ar putea să nu fie capabil să o eticheteze verbal.
9. Factorii declanşatori tipici ai schemei depresive sunt lipsa de apreciere sau control, eşecurile şi pierderea reală sau posibilă a unor relaţii considerate valoroase.

Conceptualizare şi formulare

Acum ne propunem să adunăm laolaltă toate aceste aspecte diverse în procesul de *formulare* a dificultăţilor pe care le întâmpină o persoană. Chestiunea formulării nu este lipsită de aspecte controversate (Bieling şi Kyken, 2003). Dacă terapeuţii ar putea considera că este important să o realizăm în anumite moduri, recurgând la anumite concepte şi un anumit limbaj, pacienţii ar putea să gândească cu totul altfel – de aceea este indicat să rămânem la descoperirea direcţionată şi să nu încercăm să „diagnosticăm" sau să identificăm „erorile" de gândire ale pacienţilor. Acestea pot induce ruşinea. Tarrier (2006) oferă o analiză excelentă a procesului de formulare.

Putem conceptualiza un caz de depresie ca reprezentând o interacţiune între bagajul genetic şi evenimentele din trecutul unei persoane, care dă naştere unei evoluţii a: temerilor fundamentale şi punctelor vulnerabile; amintirilor emoţionale aversive; schemei eu-celălalt şi atitudinilor şi presupunerilor de bază. Acestea imprimă stiluri esenţiale în care relaţionăm cu ceilalţi şi în care creăm roluri, anumite nevoi exprimate sau reprimate şi strategii de siguranţă tipice, care ghidează comportamentul social sau alte tipuri de comportamente. Acestea sunt aspecte pe care pacienţii le aduc cu ei în fiecare situaţie din existenţa lor şi care revelează şi semnificaţiile pe care ei le atribuie acelor situaţii. Astfel, când au loc incidente majore, acestea pot activa principalele temeri şi vulnerabilităţile persoanelor, iar un ansamblu previzibil de reacţii automate se va desfăşura, incluzând, desigur, sentimente şi gânduri. Formularea 1 (p. 424) ilustrează exemplul unei persoane care a avut părinţi cu un spirit critic pronunţat şi ambiţii profesionale marcante. Aceştia aveau aşteptări mari de le fiul lor, îi făceau chiar ei dificultăţi asociate cu sentimentul ruşinii şi considerau că orice eşec al băiatului lor îi punea şi pe ei într-o lumină proastă. Mama a fost descrisă ca o persoană destul de rece, o femeie distantă, dar competentă, iar tatăl, ca un bărbat ambiţios şi invidios.

Acest scenariu nu este atipic în cazul oamenilor care au succes. Prin conceptualizarea unui caz în aceşti termeni este posibil să obţinem o privire de ansamblu, care funcţionează ca un fel de hartă. Puteţi folosi aceste categorii pentru a construi *gradat* o formulare alături de pacientul vostru. În capitolul 8, ne amintim că în cazul lui Peter am început într-un mod mai simplu. Pe măsură ce construiţi propria voastră formulare, piesele de puzzle trebuie alese atât în funcţie de importanţa lor, precum şi pentru a se potrivi unele cu altele. Apoi, atât dumneavoastră, cât şi pacientul dumneavoastră puteţi să păstraţi câte un exemplar – dar păstraţi-vă disponibilitatea de a face schimbări în viitor, dacă va fi nevoie – nimic nu este bătut în cuie. În acest fel putem dobândi o înţelegere mai clară şi, totodată, putem negocia unele intervenţii.



Formularea 1. *Formulare cu centrare cognitivă*

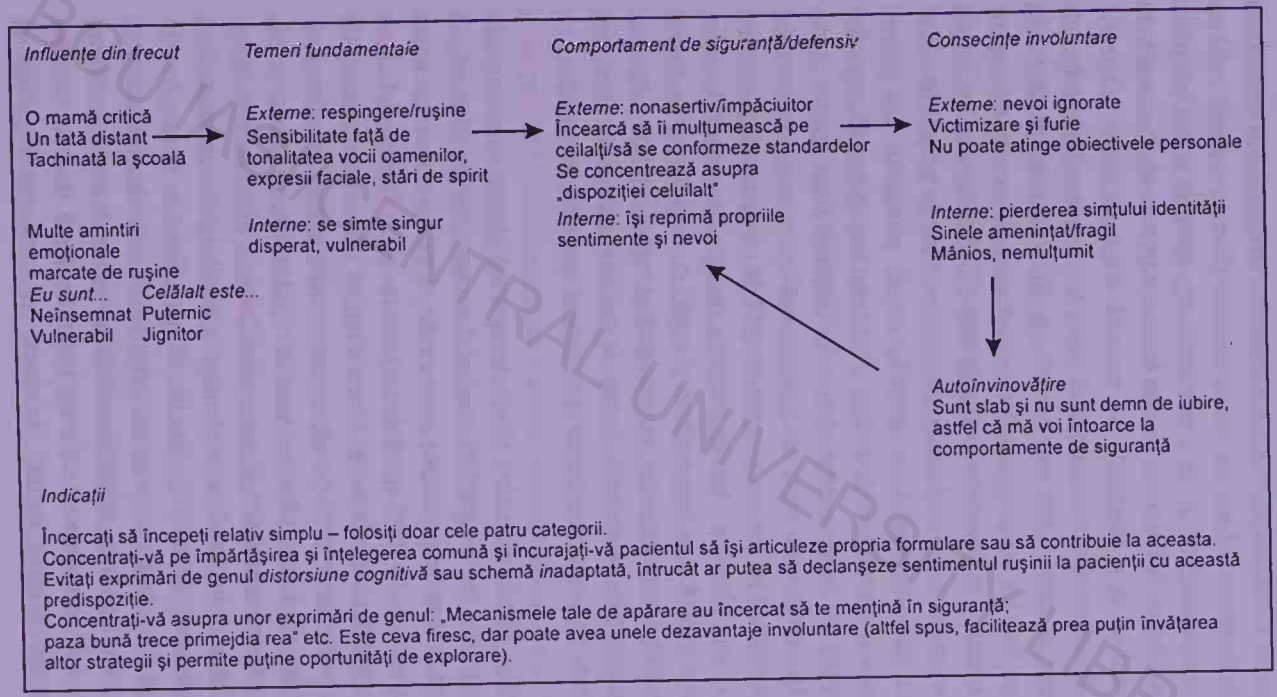
O abordare a strategiilor de siguranţă

Un alt mod prin care pot fi formulate problemele este printr-o abordare a strategiilor de siguranţă. Deşi acest gen de abordare este specific mai curând în cazul anxietăţii (Salkovskis, 1996a) decât al depresiei, ne poate ajuta mult la înţelegerea tulburărilor ce afectează stările de spirit – şi, de asemenea, a altor probleme (Tarrier, 2006). În ceea ce priveşte tulburările de personalitate, Beck şi colaboratorii săi (1990) se concentrează pe: opiniile despre sine şi ceilalţi; convingerile esenţiale; ameninţările principale; strategiile de siguranţă; afectul. Acest tablou se potriveşte bine cu o centrare evoluţionistă care sugerează că noi (asemenea altor animale) ne adaptăm la mediul înconjurător pentru a încerca să facem faţă ameninţărilor şi a ne atinge obiectivele sociale principale şi alte ţinte. În procesul de adaptare la mediul în mijlocul căruia trăim, vom ajunge să facem apel la o varietate de modalităţi de apărare esenţiale, înnăscute şi planificate. Un comportament esenţial sau înnăscut este, de exemplu, să devenim neliniştiţi dacă o persoană puternică ne ameninţă sau dacă ne trezim având în faţă un câine masiv şi agresiv. Acestea sunt relativ automate şi supuse condiţionării. Comportamentele defensive planificate se manifestă atunci când luăm decizii, de exemplu, hotărârea de a evita pe oricine (sau orice câine) ar putea fi agresiv. Dacă ne temem de respingere, atunci am putea dezvolta o diversitate de strategii, cum ar fi să încercăm întotdeauna să fim amabili cu semenii noştri şi să ne dăm silinţa să nu fim agresivi sau prea stăruitori. Totuşi, ne putem teme totodată de stimuli *interni* şi să evităm anumite stări induse de sentimente. De exemplu, dacă noi credem că putem deveni anxioşi şi ne putem pierde controlul sau să suferim un infarct (stimuli şi procese interne) în anumite situaţii, atunci s-ar putea să ne dorim să avem tot timpul cu noi valium. Sau am putea să încercăm *să evităm* acele situaţii în care anumite emoţii interne sunt activate (vezi Leahy, 2002). Odată ce o persoană a suferit de depresie, ea poate fi extrem de precaută în privinţa oricăror semne

care ar indica recidiva şi ar putea încerca cu disperare să o împiedice. În unele cazuri, poate fi declanşată o tentativă de suicid în urma instalării sentimentelor de teamă şi oroare faţă de spectrul reinstaurării depresiei şi a senzaţiei de a „nu fi capabil să treacă din nou prin această experienţă". Unele persoane încep să bea, să ia droguri sau să se automutileze, în încercarea de a pune capăt şi de a face faţă acestor sentimente neplăcute. Mecanismele interne de apărare sunt la rândul lor complexe şi automate şi pot implica reprimarea, negarea sentimentelor şi disocierea de acestea (Greenberg şi Watson, 2006).

Toate acestea par să fie de înţeles, cu excepţia faptului că strategiile noastre defensive pot conduce la tot felul de consecinţe neprevăzute, involuntare şi indezirabile. Mai rău decât atât, s-ar putea să devenim furioşi pe noi înşine când vom descoperi că avem un comportament defensiv. S-ar putea să ne supărăm pe noi înşine dacă vom fi binevoitori, când o parte din persoana noastră ar dori în schimb să fim mai asertivi. Consilierii specializaţi în terapie cognitivă ar putea să se concentreze asupra temerii de a nu fi respinşi şi pe convingerile care o întăresc. Deşi este în mod evident important, la fel de util poate fi ca problemele să fie formulate în termenii strategiilor de siguranţă. Aşadar, haideţi să analizăm o formulare articulată în aceşti termeni. Putem începe cu o persoană pe care o vom numi Jane, aşa cum apare în formularea 2 (p. 427). La fel ca în toate cazurile pe care le citez pentru a evita orice identificare, vreau să subliniez că este vorba despre un personaj construit dintr-un număr de alte persoane.

Influenţe din trecut. Formularea începe cu recunoaşterea şi discutarea influenţelor din trecut. Mama lui Jane pierduse mai multe sarcini înainte să se nască ea, iar Jane simţea că mama ei era „exagerată" şi hiperprotectivă. Era în acelaşi timp un părinte foarte critic şi avea tendinţa să o controleze. Jane înţelegea că în parte această atitudine era cauzată de anxietatea pe care maternitatea i-o provoca mamei sale. Părinţii ei nu se înţelegeau foarte bine. În timpul meselor erau fie momente lungi de tăcere, fie evitări



Formularea 2. *Formularea strategiei amenințare/siguranță*

reciproce. Conflictele erau fie evitate, fie izbucneau în scandaluri înspăimântătoare. Jane îşi vedea deseori (dar nu mereu) tatăl ca pe o persoană rece şi un om căruia era greu să-i faci pe plac. Simţea că „era suficient să se uite la tine şi îţi doreai să se deschidă pământul şi să te înghită". Se pare că afişa adesea o „expresie plină de dezgust" de fiecare dată când îşi exprima dezaprobarea. Cu toate acestea, când era amabil, ei îi făcea plăcere să fie în preajma lui. Ea recunoştea că relaţia dintre ei era una de „apropiere-evitare" şi încercase întotdeauna să înţeleagă în ce fel de stare se găsea tatăl ei. Jane se descurcase bine la şcoală în ciclul primar, dar era destul de timidă, iar în gimnaziu era mereu tachinată şi brutalizată de colegi. Azi totul era în regulă, iar ziua următoare era luată peste picior, ridiculizată şi ţinta tuturor jignirilor. În consecinţă, Jane avea acum multe *amintiri emoţionale*, care se centrau pe ruşine, pe sentimentul de nesiguranţă şi convingerea că era singură. Aceste amintiri înregistrau percepţia celor din jur ca fiind foarte ameninţători şi critici cu ea şi percepţia despre sine ca fiind neînsemnată, vulnerabilă şi neputincioasă. Aşadar, avem experienţe şi amintiri legate de ceilalţi şi de sine, care sunt codificate în scene şi frânturi de imagini asociate cu emoţii.

Temerile fundamentale. Când terapeutul deţine acest tip de informaţii despre trecutul şi mediul din care provine clientul, el poate să îl întrebe pe acesta cum crede el că l-a influenţat acest *background* şi, în mod special, ce temeri- şi ce îngrijorări-cheie i-ar fi putut declanşa în timp. Jane a susţinut că era foarte sensibilă faţă de persoanele care o respingeau şi erau critice la adresa ei. Observase că atunci când se instala o „atmosferă" uşor critică, devenea foarte neliniştită şi constata că inima îi bătea cu rapiditate. O analiză mai profundă a evidenţiat o sensibilitate mai mare faţă de tonalitatea vocilor şi expresiile de pe chipurile oamenilor. În copilăria ei, când era criticată, simţea că era absolut singură. Chiar şi astăzi simţea că sentimentele provocate de respingere erau asociate cu „sentimentul că sunt nevoită să mă descurc de una singură într-o lume ostilă". În acest fel, anxietatea socială şi

anxietatea provocată de teama de a nu fi părăsită se contopesc. Aşadar, avem temeri de ordin extern (ceilalţi ar putea să devină critici cu noi şi să ne respingă) şi temeri de ordin intern, provocate de gândul că ne-am putea simţi din nou singuri şi înspăimântaţi.

Comportamente de siguranţă şi defensive. După ce a constatat care au fost episoadele majore din trecutul pacientului şi amintirile emoţionale, concentrându-se asupra principalelor temeri şi asupra sensibilităţilor specifice legate de anumiţi stimuli, terapeutul poate să explice faptul că atunci când avem astfel de anxietăţi şi îngrijorări *este absolut firesc* să încercăm să ne apărăm faţă de ceea ce se întâmplă. Aşadar, am întrebat-o care credea că erau modalităţile ei a se apăra, de a încerca să pună capăt lucrurilor de care îi era frică (de exemplu, să fie criticată şi respinsă sau atunci când izbucneau conflictele care se finalizau cu momente dureroase de tăcere). După ce am discutat mai mult, ea s-a gândit şi a ajuns la concluzia că îi stătea în fire să fie nonasertivă, fiindu-i greu să articuleze (şi uneori, chiar să înţeleagă) care erau propriile ei nevoi. Ea credea că face faţă conflictelor încercând să-i liniştească pe ceilalţi. Un alt comportament de siguranţă important, menit să evite posibila atitudine critică a altora, respingerea şi, în acest fel, reactivarea (automată) a sentimentelor de anxietate socială şi teamă de abandon, este să încerce să facă pe plac celorlalţi şi să răspundă pe măsura aşteptărilor sau standardelor lor. Ca parte a acestei strategii, ea trebuie să fie foarte atentă la ceea ce se petrece în „mintea celorlalţi". De aceea, ea încearcă să „anticipeze" dorinţele oamenilor şi este extrem de sensibilă la stările de spirit ale celorlalţi. Pentru că Jane are unele temeri neprocesate şi amintiri legate de teamă, ea încearcă să îşi suprime aceste sentimente fiind tot timpul activă şi ocupată. Ea consideră că dacă poate să facă totul aşa cum trebuie, atunci oamenii vor fi fericiţi, iar ea se va simţi în siguranţă. Îi este frică să se gândească prea mult la experienţa de a se simţi lipsită de sprijin emoţional şi de aceea evită să o facă. Asta numai dacă nu este deprimată, pentru că atunci totul se „întoarce înapoi să o copleşească". Terapeutul

clarifică împreună cu ea faptul că până în acest moment, toate se leagă şi este un mod relativ firesc şi absolut de înţeles prin care se poate face faţă acestor temeri fundamentale.

Consecinţe involuntare. Putem discuta acum faptul că, deşi aceste strategii de siguranţă pot funcţiona într-o anumită măsură, ele pot avea consecinţe involuntare şi indezirabile. Aşadar, ne propunem să explorăm aceste consecinţe împreună. După o discuţie prealabilă, Jane a fost capabilă să dea glas gândurilor ei. Simţea că uneori făcea eforturi atât de mari încercând să le facă pe plac celorlalţi, încât nu mai ştia „cine era *ea*". Îşi dădea seama că era confuză, stăpânită de sentimente contradictorii. Simţea că percepţia pe care o avea asupra sinelui (altfel spus, identitatea de sine) era destul de fragilă şi uşor de ameninţat. Acest lucru o opreşte să îşi mai asume provocări în viaţă, pentru care, probabil, ar fi avut potenţialul necesar. Totodată, dacă era să fie corectă cu ea însăşi, recunoştea că existaseră momente când se simţise foarte furioasă în sinea ei. Modul în care făcea faţă acestei furii era să se retragă şi să rămână tăcută. Spunea: „Pur şi simplu mă închid în mine". Simţea că soţul ei încerca să o ajute, dar ea nu îi permitea, pentru că se simţea derutată din pricina procesului ce avea loc în interiorul ei. Atunci „se ura" pentru că proceda în felul acesta, întrucât „ţinându-i pe alţii la distanţă nu fac decât să repet ceea ce au făcut părinţii mei cu mine".

Autoînvinuirile. Când intra în aceste stări de spirit şi se simţea furioasă, derutată şi îi era frică, începea să aibă o aversiune puternică faţă de ea însăşi. Se simţea slabă, nedemnă să fie iubită, rea şi, uneori, simţea că alţii ar fi mult mai fericiţi fără ea. Făcea eforturi să se convingă singură că trebuie „să se adune", să înceteze să mai fie egoistă şi preocupată doar de propria persoană şi să îşi vadă mai departe de viaţă. În cele din urmă, „se mobiliza" şi revenea la strategiile ei de siguranţă. Autocritica are multe funcţii distincte (Driscoll, 1989) şi de aceea este important să se iniţieze o analiză funcţională asupra ei şi să se exploreze legăturile

acesteia cu strategiile de siguranţă. Pentru Jane autocritica avea, într-o anumită măsură, rolul de a o forţa să revină la strategiile ei de siguranţă.

Feedback. După toate acestea, am putut să discutăm împreună modul în care o parte din autocritica la care se supunea era generată de teama ei de a nu fi respinsă, iar acest lucru o făcea să revină la comportamentele ei obişnuite de siguranţă şi astfel se crea un cerc vicios. În plus, puteam să explorăm felul în care, atunci când ea experimenta lumea în acest mod, atât universul exterior (ce efect aveau lumea şi ceilalţi asupra ei), cât şi universul interior (cum gândea şi simţea în privinţa ei) se dovedeau ostile. De fapt, nicăieri, fie că era vorba despre ceea ce se petrecea în sinea sau în afara ei, nu exista ceva care să îi dea sentimentul că se bucură de sprijin, bunătate, încurajare sau căldură. Când am amintit acest lucru, ochii i s-au umplut de lacrimi: „Cred că este perfect adevărat. Niciodată nu m-am simţit în siguranţă sau ca şi când aş face parte din mediul care mă înconjoară".

Puteţi remarca în acest caz că accentul a fost pus pe experienţele trăite de pacientă în copilăria şi adolescenţa sa şi pe amintirile emoţionale esenţiale, temerile fundamentale, comportamentele/strategiile de siguranţă şi consecinţele lor involuntare. De fapt, este un lucru comun pentru persoanele depresive să devină extrem de autocritice şi să se înfurie pe ele însele atunci când se confruntă cu acele consecinţe involuntare ale comportamentelor lor de siguranţă. De aceea, este important ca terapeuţii să fie deosebit de atenţi asupra acestui aspect şi să ajute pacienţii să îşi *valideze* propriile temeri fundamentale şi comportamente de siguranţă, ca parte din eforturile lor de adaptare, şi să înţeleagă că, într-adevăr, consecinţele involuntare sunt pur şi simplu involuntare, şi *nu din vina lor.* De fapt, când lucrăm încercând să trezim compasiunea faţă de sine, după cum vom vedea în continuare (vezi capitolul 11), aceasta poate constitui o idee extrem de importantă. Mai mult, atunci când terapeutul ajută pacientul să aprecieze singur că aceste

consecinţe involuntare nu sunt din vina lui, tonalitatea vocii va fi foarte calmă, blândă şi liniştitoare. Nu este deloc ieşită din comun posibilitatea ca pacientul să izbucnească emoţional în lacrimi, având în vedere că niciodată până în acel moment el nu a mai avut ocazia să înţeleagă în acest fel dificultăţile cu care s-a confruntat. Dacă aveţi de gând să îl angajaţi într-o terapie centrată pe compasiune, este important să obţineţi un mod de formulare de acest tip, deoarece aceasta este „trambulina" spre centrarea pe compasiune. Fără conştientizarea faptului că deseori comportamentele noastre de siguranţă generează consecinţe involuntare (nu din vina noastră), pacientul ar putea lupta să dezvolte o centrare pe compasiune şi ar putea să se blocheze în autoînvinovăţire şi într-un sentiment profund de ruşine. Această ruşine poate decurge atât din modul în care şi-a trăit viaţa până în acel moment, cât şi din amintiri ale modului în care oamenii l-au tratat în trecut.

Este interesant de remarcat faptul că Jane urmase parţial şedinţe de terapie alături de un consilier specializat în terapie cognitivă, dar, din păcate, acest lucru pare să îi fi întărit convingerea că gândurile ei erau „iraţionale" şi că ar fi trebuit să fie atentă la dovezi. Terapeutul se concentrase asupra „dovezilor" pro şi contra ideii că ar fi neînsemnată şi vulnerabilă acum (ca adult) sau lipsită de sprijin emoţional. În timpul şedinţelor noastre, ne-am centrat pe procesarea amintirilor legate de sentimentele de singurătate şi de frică, dezvoltate în perioada copilăriei. Aceasta deoarece sentimentele respective operează ca nişte amintiri traumatice, iar în abordările comportamentale trebuie să se „deschidă" acele sisteme de amintiri, să se experimenteze afectul, în timp ce se lucrează cu noi metode de experimentare a siguranţei în timpul terapiei (Brewin, 2006; Clark şi Ehlers, 2004; Lee, 2005). Astfel, am alocat un anumit timp accesând aceste amintiri şi manifestând compasiune faţă de ele. După o şedinţă, Jane a remarcat că ştiuse (în mintea ei) că îi fusese frică în copilărie, însă nu „păstrase contactul" cu acele sentimente şi nici nu îşi dăduse seama într-adevăr *cât de* frică îi fusese şi cât de singură se simţise. A revenit săptămâna următoare să îmi spună că, deşi fusese foarte tulburată de şedinţa

precedentă, în ultima săptămână se simţise „în mod ciudat, mai împăcată cu mine însămi" şi că, „într-un fel, totul avea acum sens pentru mine" şi „înţeleg de ce am ajuns să fiu atât de deprimată". În acest fel, după cum semnala Salkovskis (1996a), teoria cognitiv-comportamentală nu înseamnă să le demonstrezi pacienţilor că sunt iraţionali, ci că au ajuns să fie blocaţi şi paralizaţi de nişte moduri explicabile, dar inutile, de a face tot ce le stă în putinţă pentru a se simţi în siguranţă.

Când se recurge la formulare şi cât de detaliat se poate face aceasta

Haideţi să recapitulăm puţin. Formularea ajută la orientarea intervenţiilor voastre, dar, în acelaşi timp, este în mod evident legată de modelul pe care l-aţi ales. În capitolele 5 şi 6 am evidenţiat motivele din cauza cărora unele forme de depresie îşi au rădăcinile în amintiri traumatice neprocesate. Desigur, acestea dau naştere unei scheme şi unor convingeri esenţiale, dar modul în care funcţionează simţul ameninţării şi a sistemele de căutare a siguranţei este crucial. Mai mult, anumite traume, cum ar fi să creşti într-un mediu familial rece, agresiv sau competitiv activează temerile înnăscute şi arhetipale care declaşează comportamentele defensive înnăscute (de exemplu, revoltă-disperare şi chiar teama pentru propria supravieţuire a individului), care pot fi percepute ca fiind copleşitoare. Explicarea naturii acestor frici şi a sistemelor de procesare înnăscute (arhetipale) şi sondarea amintirilor emoţionale pot fi extrem de utile pentru unele persoane depresive. În plus, ele ne pot ajuta să stabilim o bază de unde se pot dezvolta obiectivele pozitive în viaţă, a căror atingere era împiedicată de strategiile de siguranţă.

Procesul prin care veţi ajunge la aceste formulări poate fi totuşi unul parcurs cu paşi *mici*. Amintiţi-vă că trebuie să rămâneţi aceeaşi persoană decisă să colaboreze în permanenţă, care împărtăşeşte perspectivele pe care pacientul le are despre depresia sa.

Astfel, după cum arătam în capitolul 8, putem începe să formulăm prin a rezuma. Am putea spune în felul următor: „Având în vedere ceea ce ai spus până acum, se pare că..." şi imediat după aceea: „Un mod de a înţelege întreaga situaţie după ce am discutat împreună este să facem o schemă. Putem începe cu...". În cazul anumitor persoane depresive, terapeutul poate obţine o formulare destul de rapid şi în detaliu, dar în privinţa altora, s-ar putea să dureze mai mult timp, iar aceasta să fie mai sumară şi redusă la „esenţial". Persoanele cu o depresie mai profundă nu vor suporta elaborarea unor tipuri mai complexe de formulare – acestea sunt mult prea detaliate pentru momentul respectiv. În plus, s-ar putea să fiţi nevoit să lucraţi la nivel strict comportamental pentru a atenua puţin intensitatea depresiei, pentru a insufla o rază de speranţă şi a dezvolta relaţia terapeutică înainte de a pătrunde în zone pe care pacientul le consideră dureroase. Deci va trebui să adaptaţi formularea şi să conlucraţi, reducând-o doar la câteva idei-cheie, de exemplu, observând pur şi simplu următorul fapt: „Când suntem deprimaţi, organismul nostru se închide şi se concentrează asupra stării de rău. Pe măsură ce ne concentrăm asupra acestor gânduri, în mod firesc, ne simţim tot mai deprimaţi. Dacă am putea să acţionăm împotriva acestor sentimente, ne-ar ajuta uneori să căpătăm încredere şi să ne simţim ceva mai bine" (Martell *et al.*, 2001). Cu toate acestea, sursa menţionată mai sus a oferit mai multe informaţii detaliate decât am făcut-o noi în capitolul 8 privitor la procesele terapiei (de exemplu, dialogul socratic) şi constructele-cheie (cum ar fi identificarea convingerilor fundamentale şi a strategiilor de siguranţă), care vă pot direcţiona formularea. Nu pierdeţi din vedere totuşi că formulările mai detaliate şi rezolvarea sarcinilor terapeutice ar putea avea nevoie de timp pentru a fi duse la bun sfârşit. În primă instanţă, formularea urmăreşte modul în care urmează să vă concentraţi intervenţiile.

O menţiune specială cu privire la amintirea senzaţiei de a fi ameninţat. Amintiţi-vă că discuţiile legate de sentimente şi amintiri dureroase pot fi tulburătoare, iar terapeutul poate acorda o

validare evidentă şi poate manifesta înţelegere pentru cât de dificil poate fi pentru pacient să discute astfel de lucruri. Atunci când formulaţi urmând abordarea strategiilor de siguranţă, încercaţi să faceţi legătura între comportamentele de siguranţă ale pacientului şi experienţele de viaţă îndepărtate sau prezente, care au fost factori de ameninţare sau tulburare. Cu toate acestea, se ştie acum că unele persoane pur şi simplu nu vor fi capabile să se concentreze asupra acestei chestiuni, deoarece este mult prea înspăimântător, este un material încă neprocesat şi, pur şi simplu, nu posedă capacitatea de a reflecta asupra durerii lor. Astfel, de exemplu, pacientul ar putea spune că îşi aminteşte că a fost lovit în copilărie, dar nu reţine prea multe detalii şi, dacă este întrebat, ridică din umeri. Pe de altă parte, dacă este criticat sau ameninţat, ar putea să reacţioneze destul de semnificativ din punct de vedere fiziologic. Oamenii păstrează experienţele legate de ameninţare codificate în amigdală, organul care coordonează reacţiile fiziologice faţă de ameninţare, însă amintirea verbală şi factuală a evenimentului în sine poate să se fi dezvoltat slab. De aceea, nu trebuie să uitaţi că pentru unele persoane, aceasta ar putea fi o zonă complexă atunci când o abordaţi. Totuşi, dacă pacientul poate începe să facă mici progrese şi să asimileze aceste amintiri, atunci, la fel ca şi în cazul terapiei destinate altor genuri de traume, poate fi extrem de util (Brewin, 2006; Lee, 2005). Cu toate acestea, în cazul unor pacienţi cu un comportament afectiv dezorganizat, poate fi nevoie de mai mult timp (Liotti, 2000, 2002), iar terapeutul trebuie să lucreze doar în ritmul şi intensitatea potrivite în cazul pacientului respectiv.

Concluzie

Capitolul de faţă a analizat o diversitate de moduri pe care le puteţi lua în considerare referitor la lucrul şi structurarea terapiei cu persoanele depresive. Am pornit de la ideea că interpretările pe care oamenii le dau lucrurilor sunt aspecte importante ale

stărilor de spirit şi ale modului în care acestea variază. Aceste interpretări influenţează gândurile şi reacţiile noastre automate faţă de evenimente. Când tragem concluzii negative pe termen lung cu privire la anumite lucruri, suntem predispuşi să avem gânduri stăruitoare, care accentuează deseori schimbarea stării noastre de spirit. Am explorat de asemenea felul în care reacţiile automate ale oamenilor sunt legate de o reţea de amintiri, semnificaţii, temeri şi îngrijorări majore. Printre acestea se numără cele asociate cu abandonul, respingerea sau pierderea controlului, după cum am prezentat în capitolele anterioare. Aşadar, aceste procese se leagă de modul în care operează stările de spirit şi vă sunt de ajutor pentru a analiza ceea ce se petrece în mintea unei persoane atunci când este deprimată.

Cu toate acestea, trebuie să recunoaştem că suntem fiinţe umane, cu nevoi, sentimente, speranţe şi dorinţe şi totuşi fiecare dintre noi este unic, graţie genelor şi experienţelor noastre de viaţă. Astfel, interpretările şi vulnerabilităţile faţă de schimbarea stării de spirit nu ne survin din senin. Toate acestea sunt influenţate de: 1) genele noastre individuale şi de sistemele înnăscute şi arhetipale care ne direcţionează spre ţinte care necesită un anumit consum de putere şi care ne vor apăra în diverse moduri; 2) experienţele noastre personale, care ne modelează pentru a deveni fiinţele care suntem azi. Laolaltă, toate acestea construiesc personalitatea celui care suntem de fapt, cu speranţe, dorinţe, temeri şi îngrijorări, reguli fundamentale de viaţă, propria schemă eu-celălalt şi o varietate de strategii de siguranţă. Acestea sunt procesele la care oamenii recurg în situaţii noi şi care constituie prisma prin care ei percep şi interpretează situaţiile şi modul în care vor face faţă provocărilor.

În sfârşit, am remarcat faptul că terapeutul va încerca să identifice aceste procese distincte în formularea sa, care este în acelaşi timp tipică pentru povestea acelui pacient şi reprezintă o formă de psihoeducaţie. Ceea ce vreau să spun de fapt este că îi punem la dispoziţie pacientului un cadru pe care acesta îşi poate monta diverse idei, astfel încât sentimentele şi gândurile să aibă

un sens pentru el. Cu toate acestea, modul în care formulaţi este unul care porneşte de la principiul colaborării, fundamentat pe descoperirea direcţionată la care accedeţi împreună şi făcând apel la limbajul şi stilurile proprii ale acelei persoane. În acelaşi timp, el este legat de modul în care urmează să lucraţi cu o persoană depresivă şi acest lucru este valabil, indiferent de metoda de terapie pe care o veţi alege pentru a vă angaja în relaţia de consiliere terapeutică. Capitolul de faţă a oferit două stiluri de formulare compatibile (şi care nu se exclud reciproc), dar diferite ; unul bazat pe o abordare cognitivă tradiţională, căreia i se adaugă strategii de siguranţă, şi celălalt bazat într-o mai mare măsură pe o abordare comportamentală a strategiilor de siguranţă. În opinia mea, cel de-al doilea favorizează un proces important de înlăturare a sentimentului ruşinii şi pune bazele terapiei pentru dezvoltarea unei abordări pline de compasiune care să conducă la schimbare. Vom studia pe larg această abordare în capitolul 11.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 10

Să ne ajutăm pacientul să se angajeze în demersul schimbării: câteva principii de bază

Odată ce aţi optat pentru abordarea biopsihosocială (capitolul 1), puteţi discuta cu persoana depresivă despre natura depresiei – faptul că, atunci când suntem depresivi, există un aspect fiziologic în ceea ce priveşte depresia noastră (de exemplu, mecanismele noastre de receptare şi procesare a stresului pot deveni hiperactive şi este posibil să fim extenuaţi din punct de vedere fizic), un aspect psihologic, care are legătură cu felul în care ne percepem pe noi înşine în prezent şi în viitor (şi care include îngrijorări legate de sănătate), şi un aspect social, legat de relaţiile sociale actuale şi problemele de viaţă din jurul nostru. Puteţi să evidenţiaţi modul în care interacţionează aceste domenii, de exemplu, cum evenimentele din viaţa noastră pot tulbura mecanismele de procesare a stresului, conducând la un somn agitat şi oboseală şi adunând gândurile şi sentimentele noastre într-o dispoziţie mentală negativă. Am putea totodată să remarcăm faptul că insistenţa cu care ne concentrăm asupra gândurilor negative este la rândul ei puternică din punct de vedere fiziologic şi induce stresul. Esenţial este să îi ajutăm pe pacienţi să înţeleagă că depresia ne influenţează la *mai multe* niveluri distincte, că aceste niveluri interacţionează şi creează stări mentale. De unde şi natura holistică a activităţii de consiliere.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Să explicăm şi să înlăturăm sentimentul ruşinii

Unora dintre persoanele depresive le este ruşine că se simt deprimate sau fac eforturi să facă faţă depresiei. Altele nu sunt conştiente de faptul că depresia le poate face să nu se *simtă* bine sau să fie foarte obosite. De aceea, este foarte important să explicăm şi să înlăturăm ruşinea asociată cu depresia. De exemplu, terapeutul poate să spună în felul următor:

> Când ne aflăm într-o stare de stres puternic sau când starea de stres durează de ceva timp, rezultatul este că diferiţi compuşi chimici din creierul nostru şi din organismul nostru sunt epuizaţi. De asemenea, este posibil să producem mulţi compuşi chimici specifici stresului. În consecinţă, ajungem să fim epuizaţi din punct de vedere emoţional şi fizic şi depresivi. Diverse mecanisme, cum ar fi cele care induc somnul şi ne întreţin energia, pot fi tulburate. Când se întâmplă acest lucru, mintea noastră se poate orienta spre concluzii şi sentimente extrem de negative. Când ne simţim extenuaţi, ne-am putea dori să ne retragem din diverse activităţi. Nu este vina nimănui, este doar felul în care putem fi atunci când suntem foarte stresaţi.

Cu siguranţă, nu orice tip de stres se finalizează printr-o depresie şi este nevoie de multă atenţie pentru a nu supradiagnostica stările de stres ca fiind depresie. În anumite cazuri putem să desenăm un „copac al stresului". Vom eticheta trunchiul copacului ca fiind depresia generată de stres. La capătul fiecărei ramuri se poate găsi un factor de stres sau o problemă din viaţa reală. Acest gen de discuţie oferă o perspectivă asupra motivului pentru care pacientul se poate *simţi* atât de rău. El furnizează un limbaj care favorizează discuţia despre *extenuare* şi oferă indicii despre faptul că depresia modifică felul în care gândim despre lucruri, sentimente, stări fiziologice şi propriile comportamente. În acelaşi timp, este o modalitate de a elimina ruşinea. Consilierul terapeut

poate explica totodată că depresia şi unele dintre comportamentele noastre, cum ar fi evitarea, pot fi reacţiile de protecţie *fireşti* generate în urma extenuării emoţionale şi a faptului că ne simţim deprimaţi. Unor pacienţi le plac etichetările, cum este, de exemplu, „depresia", întrucât îi ajută să recunoască că au o problemă şi, de asemenea, că există căi de însănătoşire. Alţii consideră că ea îi stigmatizează, însă pot opera cu un concept precum „extenuarea emoţională". Asiguraţi-vă că pacientul este angajat alături de voi în această abordare. După aceea, explicaţi-i faptul că în următoarele câteva şedinţe, pe măsură ce veţi discuta împreună despre natura dificultăţilor în detaliu, veţi definitiva un plan de comun acord agreat pentru a soluţiona aceste dificultăţi.

Colaborarea

Să împărtăşeşti cu celălalt greutăţile şi să dezvolţi un plan comun se numeşte colaborare (Beck *et al.*, 1979). Colaborarea este un proces cu dublu sens. Nu numai că pacienţii ar trebui să colaboreze la propriul lor proces de terapie, dar terapeutul, la rândul său, ar trebui să colaboreze cu pacienţii săi – fiind sensibil la problemele, temerile şi abilităţile lor (Liotti, 2007). Aceasta înseamnă trei lucruri:

1. Să verificaţi în permanenţă împreună cu pacientul că împărtăşiţi o înţelegere comună. Aveţi în vedere că trebuie să îl sprijiniţi să ajungă să se implice şi să se angajeze în procesul schimbării. Acest lucru poate să însemne să ajutaţi acea persoană să devină în mod activ angajată în procesul explorativ, în planificarea exerciţiilor pe care trebuie să le practice singură acasă, în loc să aştepte, de exemplu, în mod pasiv ca terapeutul să „vină cu un răspuns" legat de ceea ce ar trebui să facă.
2. O parte din activitatea terapeutică se va centra pe înţelegerea comună a sentimentelor dureroase, speranţelor şi temerilor; să valideze experienţele pacienţilor; să identifice domeniile cu probleme-cheie şi practicarea *brainstorming*-ului pentru a găsi

comportamente de adaptare diferite; să devină mai conştient de sine când se pune problema legăturilor dintre gândire, sentiment şi comportament; să înveţe să se detaşeze de gânduri depresive şi să genereze alternative; să reziste ruminaţiei; să proceseze emoţii care ar putea fi evitate; să înveţe să manifeste toleranţă şi acceptare atunci când este cazul; să planifice şi să se angajeze în experienţe comportamentale; să sondeze valoarea unor comportamente antidepresive; să dezvolte o compasiune de sine.

3. Schimbarea ar putea fi dificilă dacă pacientul nu este pregătit *să exerseze* şi nu face eforturi să dezvolte noi moduri de gândire şi de comportament (Bennett-Levy *et al.*, 2004; Martell *et al.*, 2001). Pentru unele tipuri de exerciţii este nevoie de curaj şi tărie de caracter, solicitând implicarea terapeutului pentru a stimula simţul motivaţiilor, iar acest efort poate fi dificil şi este posibil să nu se înregistreze imediat o ameliorare a stării pacientului. După cum observă Beck *et al.* (1985) şi Leahy (2001), uneori ajutăm pacienţii să facă lucruri care sunt greu de realizat într-un timp scurt pentru a câştiga avantaje pe termen lung.

În acest fel, în multe privinţe, terapeutul acţionează ca un *antrenor personal al minţii*. Abordările pe bază de colaborare solicită sensibilitatea terapeutului faţă de stilul interpersonal al clientului şi faţă de relaţia terapeutică (Leahy, 2007; Liotti, 2007). Dacă procedurile specifice celor de mai sus sunt relativ uşor de descris, *simplitatea lor este adesea înşelătoare*. De exemplu, odată ce a fost folosită o procedură, cum ar fi dezvoltarea unor alternative pentru stiluri de raţionament sau convingeri, ar putea să fie nevoie ca acest lucru să fie *exersat* şi folosit de mai multe ori înainte ca pacientul să şi-l însuşească pe deplin. De fapt, chiar cea mai evidentă dintre convingeri (de exemplu, „Sunt o nulitate") poate avea nevoie de multe ore de lucru înainte ca pacientul să îşi însuşească treptat ideea că performanţa şi personalizarea (evaluarea performanţei şi autoevaluarea) nu trebuie să fie confundate. Poate fi nevoie de ceva timp înainte ca o persoană să ajungă să înţeleagă că autoînvinovăţirea poate fi un comportament de siguranţă la care

îi este teamă să renunţe. Terapeutul trebuie să aibă răbdare şi să fie tenace şi, adesea, să apeleze la aceleaşi proceduri în mod repetat. Atunci când veţi citi în cărţile de specialitate despre diferite gânduri alternative pe care clienţii le-ar putea genera, ceea ce nu scrie acolo este că acestea pot fi rezultatul multor ore de lucru dedicat terapiei, explorării emoţionale, analizei din toate perspectivele şi experienţei îndelungate faţă de gândurile care conduc la depresie. Aşadar, este posibil să fie nevoie de mai mult efort depus în ceea ce priveşte repetarea intervenţiilor, dezvăluirea, învăţarea din încercare şi eşec, dezvoltarea de noi aptitudini şi dobândirea încrederii în acele aptitudini, depăşirea dezamăgirilor, descoperirea piedicilor ascunse şi aşa mai departe.

Etapele iniţiale

Să redăm speranţa. În cursul etapelor de început ale terapiei, consilierul terapeut îşi propune să redea speranţa în ameliorare prin validarea durerii şi a fricii de depresie, ascultând şi manifestând un interes special pentru povestea relatată de pacient – explicaţii care au sens în ochii acestuia – contracarând sentimentul de ruşine, remarcând şi declanşând amintiri ale momentelor când pacientul nu s-a simţit atât de deprimat, oferind opţiunea terapiei ca pe o oportunitate de a explora şi înţelege ce ar putea fi util (de exemplu, „Ce ai de pierdut dacă vei continua să vii şi vei urmări ce schimbări se produc?").

Acordaţi atenţie materialelor pe care le-ar putea folosi pentru a se ajuta singur. Unele persoane depresive vor considera util să citească despre depresia altora şi modurile în care pot ajunge la ameliorarea stării lor. Folosirea judicioasă a materialelor aparţinând genului *self-help*, ar pute fi extrem de utilă. Acestea pot fi furnizate recomandând anumite cărţi pe această temă sau anumite adrese web (vezi anexa 10). Asiguraţi-vă că sunteţi familiarizaţi cu aceste materiale înainte să le recomandaţi.

Teama de a se simţi mai bine sau de a nu se simţi mai bine. Acestea sunt temeri întâlnite în mod obişnuit sau cel puţin este vorba despre teama de ceea ce trebuie făcut pentru a te simţi bine. Validaţi aceste temeri ca fiind de înţeles şi demonstraţi că aveţi o apreciere realistă a acestui fapt. Aşadar, întrebarea este cum să fie asumate aceste temeri într-un mod plin de compasiune. Dacă teama de schimbare domină imaginea de ansamblu, atunci practica poate fi sabotată. Ar putea fi util să se apeleze la tehnica identificării avantajelor şi dezavantajelor pentru a sonda această teamă (vezi capitolul 12). În unele cazuri de depresie, această problemă poate necesita un volum mare de lucru.

Cum să ne ajutăm pacienţii să îşi găsească propriul drum. Mare parte din ceea ce încercăm să facem se rezumă la ajutorul pe care îl oferim persoanelor depresive să îşi formuleze obiective şi să se angajeze în demersul de a atinge ţintele care sunt importante pentru ei (Mahoney, 2003; Wong, 2006). Uneori, pacienţii sunt indecişi în privinţa acestor ţinte sau se îndoiesc de propriile judecăţi. De exemplu, o persoană îşi dă seama că îşi doreşte să consulte un alt terapeut în timp ce lucrează deja cu mine. Totuşi, celălalt terapeut a afirmat că terapia cognitiv-coportamentală nu o va ajuta să îşi gestioneze emoţiile şi ar fi bine să renunţe la această metodă. În opinia mea, această atitudine este distructivă şi denotă invidie. Abordarea mea este după cum urmează: „Este important să simţi că ai libertatea de a contacta pe oricine vrei să te ajute. Sarcina noastră aici este să te ajutăm să simţi ceea ce se află în sufletul tău şi să foloseşti acea libertate pentru binele tău; foloseşte-ţi propria experienţă şi judecă lucrurile pentru a înţelege ce gândeşti *tu*". Dacă veţi adopta această atitudine, veţi demonstra că nu aveţi tendinţa de a judeca alegerea pacientului şi că evitaţi competiţia cu alţi terapeuţi. În acest fel veţi evidenţia în mod clar faptul că exercitarea libertăţii de alegere nu este întotdeauna uşoară.

Unul dintre motivele pentru care pacienţii s-ar putea să nu „înţeleagă ce le spune inima" (şi s-ar putea să aveţi parte de o

mulţime de „nu ştiu") este cauzat de faptul că există multe conflicte, sentimente amestecate şi dileme. Suntem deschişi în această privinţă (ca un soi de acceptare) să recunoaştem că este un aspect specific vieţii, care poate fi dificil şi derutant. S-ar putea să nu existe nici un „lucru raţional" de făcut, ci doar să accedem treptat la câştiguri şi pierderi de pe urma diferitelor cursuri ale acţiunii.

Ruşinea în procesul terapiei. Când oamenii încearcă să exerseze unele lucruri singuri – cum ar fi, de exemplu, să îşi „identifice" propriile gânduri „pe măsură ce se ivesc", sau să devină atenţi la gândurile şi stările organismului lor, sau să genereze alternative şi să îşi programeze activităţi – pot să simtă că nu fac aceste lucruri aşa cum ar trebui. Multe persoane depresive simt că dau (vor da) greş în toate aceste demersuri, şi de aceea au un sentiment de ruşine. Ar trebui să fim în mod deosebit sensibili în ceea ce priveşte ruşinea în exerciţiile practicate independent şi să clarificăm (de mai multe ori) faptul că exerciţiile practicate independent nu sunt ca la şcoală, unde elevul primeşte o notă pentru lucrul „bun" pe care l-a realizat sau ar putea aştepta dezaprobarea sau reproşul terapeutului pentru lucrul prost făcut. Conştientizarea atentă, de exemplu, înseamnă să învăţăm să acordăm atenţie fără a judeca în mod critic şi să observăm – nu există nici o altă finalitate. În acest fel, ideea este să nu faci toate aceste lucruri *„ca să te facă* să te simţi mai bine", ci să fii suficient de receptiv şi înţelegător „să faci o încercare pentru a vedea dacă îţi este de folos". Acesta este motivul pentru care Bennett-Levy şi colaboratorii săi (2004) le denumesc „experimente comportamentale". Şi, cu siguranţă, fapt valabil pentru noi toţi, ceea ce merge azi ar putea să nu meargă mâine şi vom fi nevoiţi să facem ceva diferit în funcţie de context (Perrez şi Reicherts, 1992).

Uneori, persoanele depresive pot deveni furioase şi frustrate deoarece, oricât s-ar strădui, nu reuşesc să facă „terapia să funcţioneze" în cazul lor. Un terapeut sensibil va explora aceste aspecte. De exemplu, Sally a întâmpinat greutăţi când a trebuit să îşi

aştearnă pe hârtie propriile gânduri. Dacă în timpul terapiei reuşea să le înţeleagă, acasă, singură, îi venea mai greu. De aceea se simţea frustrată şi inutilă şi considera că terapia ar putea să nu dea rezultate în cazul ei. În acelaşi timp, se temea să vorbească despre frustrarea ei în timpul şedinţelor de terapie. Cu toate acestea, ea a dezvăluit suficient pentru ca noi să putem lucra asupra acestor teme şi, în special, asupra temerilor ei (şi a ruşinii) la gândul unui posibil eşec (vezi Gilbert, 1998c, pentru o analiză în detaliu).

Mulţi dintre noi speră că terapia sau consilierea vor acţiona rapid pentru a uşura durerea pe care o resimţim. Fiecare dintre noi îşi doreşte o rezolvare rapidă care să pună capăt suferinţei. Astfel, este de la sine înţeles că unele persoane ajung să fie dezamăgite dacă lucrurile pe care încearcă să le facă nu aduc o uşurare rapidă a suferinţei sau suficienă alinare, aşa cum sperau ei. Un prim pas foarte important (chiar dureros) este să îi ajutăm pe pacienţi să înţeleagă că terapia poate fi un travaliu dificil şi că învăţarea unor aptitudini noi înseamnă un consum mare de timp şi implică efort (Leahy, 2001, 2004). Acest lucru este valabil în mod special atunci când pacienţii încearcă să facă faţă depresiei prin evitare şi indiferenţă, întrucât orice început de angajare într-un demers poate aduce înapoi o anumită suferinţă. Chiar şi terapeuţii trebuie să se obişnuiască cu acest lucru, şi să nu abandoneze eforturile dacă nu obţin de la început rezultate. Multe analogii se pot face aici, cum ar fi comparaţia dintre procesul terapeutic şi obţinerea gradată a tonusului muşchilor pe care nu i-am mai folosit de mult timp, sau comparaţia cu procesul gradat al atingerii unei condiţii fizice tot mai bune. La început, exerciţiile pot fi mai curând dureroase în comparaţie cu avantajele obţinute, dar dacă pacientul continuă să le practice, în cele din urmă ele pot avea succes. Aceasta, desigur, nu înseamnă că terapeutul nu ar trebui să inspire de la bun început speranţa (Beck *et al.*, 1979) sau că ar trebui să acceseze ideea „strădaniei" pe care o implică, astfel încât clientul să creadă că va fi cu siguranţă prea greu şi că nu va

reuşi să obţină ce şi-a propus. În schimb, este bine să se avanseze pas cu pas şi să se valideze eforturile necesare (Gilbert, 2000a).

Stabilirea unui plan. Putem ajuta pacienţii să îşi stabilească un plan şi principalele direcţii ce vor fi urmate în şedinţele de terapie ce vor urma. De aceea, la începutul fiecărei şedinţe este deseori util să se întocmească un plan în ceea ce priveşte şedinţa curentă. Aceasta include monitorizarea gândurilor şi sentimentelor în legătură cu şedinţa anterioară, verificarea stării de spirit, verificarea modului în care au fost făcute exerciţiile şi luarea deciziilor privitoare la subiectele ce trebuie discutate în următoarea şedinţă. Totuşi, terapeutul trebuie să fie atent, întrucât unii pacienţi pot să nu expună unele probleme de la bun început. De aceea, terapeutul trebuie să rămână în permanenţă flexibil. De asemenea, dacă acesta este mult prea rigid, pacientul poate să se bazeze pe terapeut şi să nu mai aducă propriul material în discuţie. O simplă întrebare, de genul „Care ar fi tema pe care ţi-ar plăcea să o dezbatem azi?", poate declanşa discuţia.

Toate aceste teme se centrează cu precădere asupra aspectului *colaborării*. Colaborăm pentru a ajuta persoana depresivă să îşi găsească *propriul* drum pentru a se elibera de depresie. Cu siguranţă, avem diferite idei şi vom lucra cu un model de depresie (personal, am tendinţa să mă concentrez asupra strategiilor de siguranţă). Cu toate acestea, noi nu îl impunem, ci îl împărtăşim. Arta unei terapii eficiente este *descoperirea direcţionată* – să afli ce înrăutăţeşte depresia şi ce o vindecă (Beck *et al.*, 1979).

Proceduri

În continuare sunt listate câteva proceduri eficiente în terapia depresiei, dar acestea trebuie aplicate în cadrul unui context al relaţiei terapeutice de susţinere. Nici una dintre ele nu constituie un proces magic de schimbare, ci reprezintă mai curând modalităţi

de lucru ce trebuie desfăşurate în atmosfera unui „interes plin de grijă" şi a unei relaţii empatice. Există mai multe aspecte ale consilierii care sunt asociate de obicei cu rezultate pozitive:

1. Structurarea rolului şi crearea unei alianțe terapeutice.
2. Dezvoltarea contractului terapeutic şi angajarea în demersul schimbării.
3. Efectuarea analizei comportamentelor (ce se întâmplă şi când, cum etc.).
4. Discutarea obiectivelor urmărite de tratament (ce încercăm noi să obținem? Există un acord în această privință?).
5. Îndeplinirea sarcinilor care fac parte din tratament şi menținerea motivației.
6. Monitorizarea şi evaluarea progresului.
7. Programarea pentru generalizare, dincolo de şedințele de terapie (de exemplu, explicarea unor stiluri de viață şi a unui comportament antidepresiv).
8. Pregătirea clientului pentru încheierea terapiei.

Unele dintre aceste aspecte pot fi fragmentate în continuare în sarcini specifice terapiei.

Monitorizarea şi înregistrarea datelor

Înţelegerea metodei pentru care aţi optat. Este important ca pacientul depresiv să înţeleagă metoda de consiliere terapeutică pentru care aţi optat şi ce urmăreşte aceasta. Puteţi folosi exemple pentru a demonstra legăturile dintre modul de gândire şi sentimente (cum ar fi exemplul persoanei iubite care nu a mai sunat, din capitolul 9) sau să explorați modalitățile în care comportamentul de evitare poate înrăutăţi lucrurile (vezi capitolul 4). Clienţii trebuie să înţeleagă felul în care lucraţi şi de ce aţi ales să lucraţi astfel, să deţină o înţelegere *împărtăşită* în loc să gândească în felul următor: „Ei bine, presupun că terapeutul ar trebui să ştie ceea ce face". Angajarea clientului în această înţelegere îl ajută să fie implicat în procesul consilierii.

Explorarea semnificaţiilor personale. Este bine să explicăm faptul că semnificaţia este întotdeauna o chestiune personală legată de mulţi factori, inclusiv trecutul nostru, conjuncturi actuale din existenţa noastră, precum şi dorinţe, speranţe şi temeri. Unele dintre semnificaţiile mai profunde pot fi mai degrabă implicite decât explicite (Haidt, 2001). Dacă unele semnificaţii pot fi formulate, despre altele ne este dificil să vorbim. Pacienţii nu îşi duc viaţa păstrând în mintea lor atitudini bine articulate şi convingeri esenţiale. Într-adevăr, Beck şi colaboratorii săi (1979) observă s-ar putea să fie nevoie de o reflecţie profundă şi o gândire atentă pentru a înţelege bine şi formula sensurile. Deseori, semnificaţia nu este codificată în limbaj şi de aceea este posibil să fie nevoie de transpunerea ei în diferite moduri (de exemplu, desene, imagini sau reconstituiri ale evenimentelor). Metafora este o altă modalitate eficientă care ajută la transmiterea semnificaţiei. De aceea, deşi terapeutul se va strădui să transpună totul într-un limbaj vorbit şi scris, aceasta nu înseamnă că gândurile asociate cu suferinţa îşi vor face apariţia în cea mai perfectă exprimare orală.

Cum interacţionează comportamentele, emoţiile şi gândurile – procesul transpunerii în diagrame. În dezvoltarea contractului terapeutic şi a angajamentului pentru schimbare, este util pentru persoanele depresive să dobândească o înţelegere a modului în care gândurile şi comportamentul lor mai degrabă sporesc în loc să reducă dificultăţile care le stau în cale. Trasarea diagramelor care sintetizează situaţia oferă pacientului o perspectivă vizuală (pentru formulări mai complexe şi grafice, vezi Blackburn şi Twaddle, 1996). Trasarea diagramelor este în mod special utilă pentru a demonstra feedbackul recurent pozitiv, care poate fi desenat prin cercuri (vezi figura 10.1). De exemplu: „Mă simt deprimat; când sunt deprimat, nu pot să fac nimic; când nu pot să fac nimic, mă simt inutil; când mă simt inutil, devin şi mai deprimat; însă când devin şi mai deprimat, fac şi mai puţin". Acest gen de grafic oferă mai departe oportunitatea unui experiment comportamental prin care se verifică dacă pacientul este pregătit să încerce să înţeleagă dacă mai multă activitate îi este de ajutor, chiar dacă se simte deprimat.

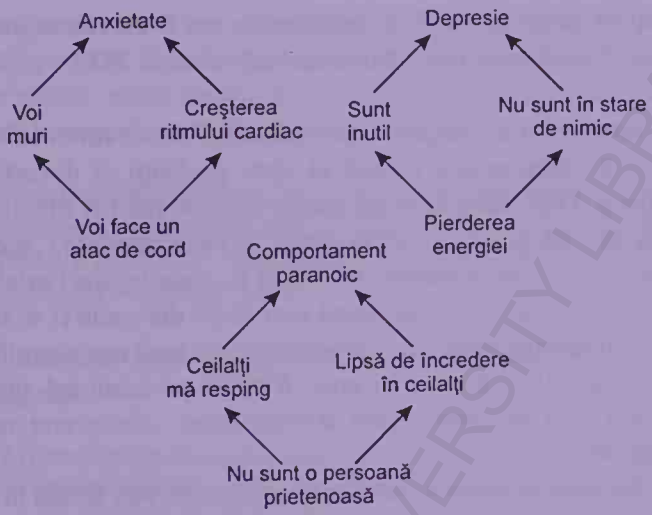


Figura 10.1. *Exemple de feedback în buclă*

Discuţia poate să se focalizeze asupra punctului în care ar fi cel mai bine să se intervină şi să se ofere sprijin pentru a face previziuni pentru anumite gânduri şi ce s-ar întâmpla dacă acestea s-ar modifica. În acest fel, noi ne ajutăm pacienţii să îşi identifice propriile bucle ale feedbackului şi să îşi întrerupă aceste cercuri. De exemplu: „ Crezi că dacă ai înceta să te mai dispreţuieşte atunci când simţi că eşti incapabil să faci unele lucruri, te-ar ajuta? Ce avantaje şi ce dezavantaje ai avea dacă te-ai învinovăţi singur?". Astfel, putem ajuta persoanele depresive să dobândească o imagine de ansamblu asupra aspectelor discutate şi le vom ajuta să înţeleagă rolul cogniţiilor şi al comportamentelor în depresie şi cum se poate produce schimbarea. Terapeutul ar putea să observe în permanenţă că aceste tipuri de spirală sunt foarte frecvente în depresie, deoarece în cadrul evoluţiei *starea de depresie are menirea de a ne determina să ne retragem în noi înşine*, „astfel încât noi trebuie să planificăm felul în care acţionăm într-un mod plin de compasiune împotriva sau în ciuda acestora". Dacă un muşchi din corpul nostru este afectat şi încordat, s-ar putea să fim

nevoiţi să facem exerciţii de întindere ce pot fi dureroase într-un fel, până când totul va reveni la normal (vezi p. 363).

Automonitorizare, conştientizare atentă şi sinele care observă. Automonitorizarea este menită să ajute pacienţii să devină mai conştienţi şi mai atenţi la fluxul gândurilor, emoţiilor şi atitudinilor lor, pe măsură ce acestea prind contur, la metacogniţiile („aceasta înseamnă...") care urmează imediat şi la acele legături existente între ele. De exemplu, o persoană se trezeşte din somn şi se simte obosită şi imediat după aceea se gândeşte (în mod metacognitiv): „La naiba, azi o să am o zi grea, dacă de pe acum mă simt în felul ăsta", iar apoi este posibil să simtă furie – „de ce sunt mereu atât de obosit?".

Să învăţăm să acordăm atenţie fluxului gândurilor, felului în care un gând conduce la altul şi cât de uşor este pentru mintea noastră să se lase antrenată în fluxul gândurilor şi sentimentelor este ceea ce denumim uneori „conştentizare atentă" (Germer, Siegel şi Fulton, 2005; Hanh, 1991; Linehan, 1993). Sunt multe moduri prin care putem ajuta pacienţii să devină atenţi şi conştienţi de modul haotic în care funcţionează mintea noastră. Cartea lui Brantley (2003) este excelentă în această privinţă şi analizează mult mai detaliat acest aspect decât ne permite spaţiul aici (vezi şi Marra, 2003). Una dintre modalităţi este chiar încurajarea persoanei depresive să devină conştientă de gândurile, sentimentele, emoţiile şi comportamentele sale pe măsură ce acesta se manifestă în momentul prezent. Altfel spus, noi învăţăm pacientul „să identifice gândul" şi îi explicăm că gândurile se pot învălmăşi atât de rapid în mintea noastră, încât s-ar putea să nu le observăm pe deplin, însă ele pot să influenţeze ceea ce simţim noi. Am putea spune că dacă vom învăţa să fim atenţi la gândurile şi sentimentele noastre, vom putea observa unele schimbări în starea noastră de spirit şi, uneori, dacă vom reflecta asupra acestui lucru, am putea sesiza anumite evenimente sau gânduri. Aşadar, trebuie *să ne oprim, să reflectăm* şi *să acordăm atenţie.*

Un mod de a ajuta oamenii să înţeleagă cât de uşor este pentru mintea noastră să hoinărească neîngrădită este printr-un simplu

exerciţiu de relaxare de scurtă durată. Puteţi să încercaţi cu unul dintre pacienţi. De-a lungul exerciţiului, închideţi ochii sau priviţi spre podea, astfel încât pacientul să nu creadă că aveţi privirea aţintită asupra lui. Apoi, aţi putea să spuneţi:

Pentru următorul minut, hai să ne concentrăm asupra respirației noastre şi a felului în care simțim aerul pe care îl inhalăm pe măsură ce intră în corp pe nas, înaintează până în plămâni şi apoi este expirat pe gură.

La capătul acestui minut, puteţi reflecta în legătură cu această experienţă:

Ai remarcat ceva anume legat de gândurile tale? Cum alunecau în diferite direcții? Ce fel de gânduri ți-au trecut prin minte? Ce altceva (sunete sau senzații) ai remarcat pe lângă cele care îți însoțeau respirația? Corpul tău s-a simțit (in)confortabil sau ai fost conştient de tine? Au existat gânduri de genul: „Oare este corect ceea ce fac?

Aş putea să vă ofer unul dintre exemplele mele: „Ştii, am auzit uşa trântindu-se cu zgomot la celălălat etaj, în capul scărilor, şi mă întrebam de ce nu o repară nimeni". După aceea, aţi putea adăuga:

După cum vezi, mintea noastră poate fi destul de haotică, privind înainte şi înapoi, lăsându-se distrasă de atât de multe lucruri. Când practicăm conştientizarea atentă, învățăm pur şi simplu să observăm „această precipitare" a gândurilor şi senzațiilor intruzive. De fapt, asta este! Nimic mai mult – nu trebuie decât să le observi, fără să încerci să le opreşti sau să le schimbi – noi nu facem aici decât să ne aducem mintea înapoi, uşor şi cu grijă, pentru a ne concentra asupra respirației sau a oricăror alte aspecte senzoriale sau acțiuni în care ne-am angajat. Faptul că învățăm conştientizarea atentă ne poate ajuta, deoarece observăm cât de uşor este pentru gândurile noastre să se lase antrenate într-un flux de idei. Când devenim depresivi, acest flux se îndreaptă deseori spre locuri întunecate, pentru că acolo ne atrag strategiile noastre de protecție. Aşadar, un lucru simplu pe care îl putem

face este pur şi simplu să observăm *cum iau naştere gândurile*, să ne detaşăm de acest proces şi să privim un *gând sau o emoţie care se naşte* ca pe un gând sau o emoţie, şi nu ca pe o realitate.

Unora dintre persoanele depresive chiar şi un exerciţiu scurt de relaxare poate să li se pară stresant şi de aceea terapeutul trebuie să facă apel la focalizarea asupra unui obiect. Atunci când lucrăm în grup, noi folosim uneori mingi de tenis. Rugăm persoana participantă să ţină mingea, să se uite cu atenţie la textura ei şi să o simtă. Pe măsură ce se înfiripă gândurile în minte, putem să dirijăm atenţia uşor înapoi la mingea de tenis (Gilbert şi Procter, 2006).

Starea de conştientizare atentă poate ajuta oamenii să îşi modifice *orientarea* şi relaţia pe care o au cu fluxul propriilor gânduri, sentimente şi senzaţii – ei pot să devină nişte observatori lipsiţi de atitudine critică, în loc să se lase pradă acestora. Amintiţi-vă că teoria comportamental-dialectică (Linehan, 1993; Marra, 2003) apelează la conştientizarea atentă şi la antrenamentul atenţiei, nu atât pentru a ne situa cu un pas în spatele gândurilor, ci pentru a fi pe deplin conştienţi de acestea şi a ne situa în miezul lor. Evident, dacă terapeuţii doresc să recurgă la starea de conştientizare atentă sau la teoria comportamental-dialectică într-un mod mai complet, ca un proces terapeutic, ei ar trebui să fie instruiţi în aceste abordări.

Un alt mod de lucru de acest gen este să remarcăm că deţinem un „sine care observă" şi că putem învăţa să fim prezenţi prin acest sine care observă. Aşadar, data viitoare când vă veţi simţi furioşi sau anxioşi, încercaţi să vedeţi dacă puteţi simţi şi remarca faptul că o parte din voi nu face decât să observe. Sinele care observă nu este furios sau anxios, ci doar observă. Când „vedem totul prin ochii" sinelui care observă, ne putem concentra pentru a încetini ritmul respiraţiei şi pentru a ne calma. Pentru unele persoane, acesta este un mod util de a îşi concentra atenţia. Încercaţi şi dumneavoastră şi vedeţi cum vă veţi simţi. Deoarece eu personal mă axez asupra unei recentrări pline de compasiune (vezi capitolul 11), propriile mele exerciţii au tendinţa să insufle compasiune sinelui care observă.

De asemenea, terapeutul poate să îşi înveţe pacienţii să identifice sursele modului lor de gândire negativă. Este posibil să

afirmăm că „strategiile noastre de protecţie ne presează să ne orientăm spre atenţie". Aşadar, un gând de genul: „Nu cred că o să meargă" sau „Sunt un ratat" şi sentimentul descurajării ce se asociază cu el ţin de strategia mea de protecţie care îşi propune să mă facă să dau înapoi. Eu pot să le observ într-un mod plin de compasiune, să le recunosc, oricât de neplăcute ar fi ele, pot să aleg să mă gândesc şi să fac ceva diferit.

Ar trebui să remarcăm faptul că starea de conştientizare atentă poate fi mai mult decât să învăţăm doar să acordăm atenţie într-un anumit fel. Există tot mai multe dovezi că practicarea *meditaţiei* în starea de conştientizare atentă poate influenţa stările fizice şi diverse boli (Baer, 2003). În acelaşi timp, influenţează organizarea mentală şi funcţionarea sistemului imunitar – altfel spus, influenţează patternurile din creierul nostru şi stările mentale (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller *et al.*, 2003). Astfel, efectele stării de conştientizare atentă nu pot fi limitate la impactul asupra proceselor psihologice, însă alegerea unei abordări biopsihosociale poate fi văzută ca un proces care are impact asupra diverselor sisteme de interacţiune. Practicarea *meditaţiei* în starea de conştientizare atentă poate fi un gen de fizioterapie pentru creier. Într-adevăr, metoda conştientizării atente nu a fost dezvoltată pentru o anumită tulburare, ci pentru a dezvolta stări de spirit benefice minţii şi organismului, care să favorizeze instalarea stării de bine. Acest lucru poate fi important, pentru că, aşa cum am observat mai devreme, anumite forme de depresie sunt cauzate de suprasolicitarea mecanismelor de adaptare la stres din pricina frustrării şi a unei acumulări de factori negativi. Starea de conştientizare atentă poate fi un mod de a atenua această vulnerabilitate faţă de schimbările depresive ale stărilor mentale. Pentru a se folosi pe deplin de această abordare, este nevoie ca terapeutul să fie bine pregătit şi să beneficieze de supervizare.

Automonitorizarea ca metodă de investigaţie. Automonitorizarea se poate realiza într-un mod caracteristic *investigaţiei*, ajutându-i pe pacienţi să observe conţinutul gândurilor şi emoţiilor lor şi, în

mod deosebit, legăturile existente între gândurile, emoţiile, comportamentele lor şi sentimente. În acest punct îi putem ajuta făcând apel la lanţurile de raţionamente deductive (vezi capitolul 9). Modul de gândire se înlănţuie în felul următor: dacă A, atunci B, dacă B, atunci C. Totuşi, nu pierdeţi din vedere că în reacţiile noastre automate, noi nu gândim într-un mod liniar, precum cel amintit mai sus. O chestiune esenţială este să încurajăm pacientul să îşi pună singur întrebarea: „Care este îngrijorarea sau frica mea majoră în cazul de faţă?". Există la ora actuală o mulţime de cărţi aparţinând genului *self-help* care oferă o serie de întrebări prin care oamenii pot fi ajutaţi să se descurce singuri (vezi anexele). În cazul depresiei, aceste temeri fundamentale sunt de obicei pierderea controlului, marginalizarea socială şi înfrângerea. În terapia cognitivă standard, temerile/îngrijorările principale sunt raportate la modul în care va reacţiona *lumea* (aspectul social), cum va reacţiona *sinele* sau ce va deveni el şi cum va arăta *viitorul* (Beck *et al.*, 1979). În capitolul 9 făceam distincţia între ameninţarea *internă* şi ameninţarea *externă*. Poate fi foarte util să ajutăm pacienţii să monitorizeze modul în care se declanşează sistemele lor de ameninţare pe măsură ce înregistrează gândurile şi sentimentele care iau naştere în minte. Cu toate acestea, unele persoane depresive fac acest lucru cu dificultate sau ar putea să genereze înregistrarea unor exemple de gândire automată exact înainte de a ajunge la şedinţa de consiliere, doar ca să îi facă pe plac terapeutului.

Agende şi jurnale personale. Este posibil ca persoanele depresive să nu fie suficient de abile, cel puţin la începutul terapiei, pentru a reuşi să îşi identifice gândurile sau chiar sentimentele (Parkinson, Totterdell, Brinder şi Reynolds, 1996). Uneori, să-ţi notezi gândurile într-o agendă este o procedură utilă. Pacientul consemnează diverse evenimente, gânduri, sentimente şi acţiuni la sfârşitul zilei. Persoanei respective i se cere să noteze schimbările survenite în dispoziţiile sau sentimentele trăite de ea pe parcursul zilei şi să îşi noteze cum se asociază acestea cu modificările din gândurile/convingerile şi semnificaţiile personale. De exemplu,

Jane a notat că avea tendinţa să se simtă mai deprimată de obicei seara şi pentru că şi-a aşternut gândurile pe hârtie, ea a recunoscut că exista o conexiune între felul ei de a se simţi deprimată şi gândurile legate de faptul că prietenul ei s-ar putea să nu sune şi, dacă nu o făcea, însemna că într-adevăr, nu îi păsa de ea. În acest fel, agendele pot fi sursa pentru o explorare comună. Este util să încurajăm pacienţii să fie conştienţi de gândurile lor, pe măsură ce acestea iau naştere (Safran şi Segal, 1990) şi îndeosebi de acelea care apar în timpul şedinţei de consiliere.

Jurnalele personale sunt similare agendelor, însă aici pacientul îşi va nota în permanenţă un bilanţ al terapiei şi va scrie unele note pentru sine. În cazul anumitor pacienţi, este util să li se recomande să scrie despre motivul pentru care cred că au devenit deprimaţi – să scrie o miniautobiografie şi să noteze temele recurente. Aceasta nu este o metodă ce se poate aplica în cazul tuturor pacienţilor, însă unii descoperă că actul de a scrie despre propria persoană le înlesneşte dobândirea unei noi perspective şi a unui alt nivel de conştientizare. Pacientul poate scrie orice îi place, începând de la amintiri din trecut până la reflecţii actuale legate de consiliere. Totuşi, de obicei *nu* este util să scrie doar despre lucrurile negative, într-un mod asemănător gândirii obsesive. În schimb, îl ajută să rămână în starea de observaţie şi să fie „curios". În acelaşi timp, terapeutul va încuraja pacientul să opereze cu propriul mod de gândire, comportament şi sentimente pentru a înţelege cum să se schimbe. Astfel încât aţi putea să îi sugeraţi următoarele: „Încearcă să-ţi focalizezi jurnalul personal pe dezvoltarea înţelegerii pline de *compasiune* şi pe ceea ce te-ar ajuta să te schimbi şi să te dezvolţi".

Intensificarea conştiinţei de sine

Comportamentul nonverbal. Pentru a dobândi intensificarea conştiinţei de sine a unei persoane depresive, este util să fim atenţi la comportamentul său nonverbal (Greenberg şi Watson, 2006;

Safran şi Segal, 1990) – pumnii strânşi, încleştarea maxilarului sau evitarea contactului vizual. Terapeutul poate atrage atenţia asupra acestor gesturi, de exemplu: „Am remarcat că în timp ce vorbeai despre prietena ta îţi încleştai maxilarul. Ai putea să te concentrezi asupra acestui gest şi să analizezi ce îţi trecea prin minte?", sau „Ce sugerează încleştarea maxilarului tău acum?". Uneori, pacienţii nu sunt conştienţi de aceste modificări de comportament nonverbale. Direcţionarea atenţiei înspre acestea, poate fi utilă şi edificatoare pentru pacient.

Fanteziile. Mare parte din ceea ce ne trece prin minte sunt planuri şi aşteptări ale unor lucruri, care iau forma imaginaţiei noastre interne şi a fanteziilor (vezi capitolul 6). Fiinţele umane au tendinţa firească de a repeta în imaginaţie planuri potrivite pentru evenimente bune sau rele şi de a plăsmui fantezii (Wells, 2000). Toate acestea servesc unor funcţii diferite. O fantezie poate fi o sursă de inspiraţie, de incitare, un mod de a evada din realitate sau o proiecţie de-a noastră în viitor. De exemplu, a persoană depresivă de sex feminin, cu o situaţie de viaţă dificilă, va avea deseori fantezii legate de cineva care va veni să o salveze, în loc să facă ea însăşi eforturi pentru a-şi schimba situaţia (în privinţa căreia se simte neputincioasă). În stare de stres, ea va avea întotdeauna într-un ungher al minţii un gând de acest fel: „Nu contează, într-o bună zi, cineva tot o să vină". Pe măsură ce timpul trece şi lucrurile se înrăutăţesc, această fantezie devine tot mai insuficientă. Într-un alt caz, ori de câte ori o clientă se certa cu cineva, se închidea brusc în sine, începea să îşi imagineze că era singură. În acest fel, ea nu se angaja niciodată în conflicte şi, cu toate acestea, era deprimată de următoarea idee: „Nu are nici un sens, va trebui să îmi duc existenţa singură. Relaţiile sunt mult prea complicate". Iar după aceea, petrecea multe ore gândindu-se la acest lucru şi planificând cum să se descurce trăind de una singură în loc să încerce să înţeleagă motivele pentru care apar complicaţii într-o relaţie şi să le rezolve. Uneori fanteziile pot fi raportate chiar la ideea de moarte. Fanteziile depresive conţin adesea un element

de tipul „măcar dacă" ; măcar dacă aş fi făcut X sau să nu fi făcut Y; măcar dacă aş fi altfel şi nu în felul acesta.

Nu se întâmplă întotdeauna ca pacienţii să vă relateze fanteziile lor recurente (uneori pentru că le este ruşine, iar alteori din pricina sentimentului că acestea fac parte din cea mai profundă parte a sinelui) şi, prin urmare, terapeutul va fi nevoit să pună întrebări pentru a avea acces la ele (de exemplu: „Care sunt de obicei fanteziile sau reveriile tale? Dacă te laşi purtat de gândurile tale cele mai intime, ce fel de idei şi imagini îţi vin în minte şi care sunt mai stăruitoare?"). După cum am notat în capitolul 7, unii pacienţi au fantezii legate de terapeutul lor.

Crearea unui film. Abilităţile noastre naturale de a crea fantezii pot fi folosite în ceea ce poate fi numit procedura video. În cadrul acestei proceduri îi veţi solicita pacientului să creeze un fel de vizualizarea interioară a situaţiei. De exemplu, cuiva îi este teamă să acţioneze în mod asertiv. În acest caz, aţi putea să îi spuneţi în felul următor: „Să luăm cazul unei situaţii date, în care ţi-ar face plăcere să fii mai asertiv şi să realizăm un film interior. Începe prin a-ţi imagina situaţia – ce se întâmplă?". Pacientul descrie o situaţie. „Acum porneşte filmul începând cu momentul în care începi să acţionezi într-un mod asertiv. Ce se întâmplă?". Pe măsură ce persoana parcurge scenariul de la început până la sfârşit, terapeutul va obţine informaţii despre ce îi trece prin minte pacientului. Să aruncăm o privire asupra unui exemplu de asertivitate. Lui Anne îi venea greu să îşi exprime supărarea faţă de atitudinea partenerului ei, care obişnuia să meargă în baruri şi să o lase singură. Astfel încât ne-am imaginat împreună un film. Am rugat-o să închidă ochii şi să „desfăşoare filmul" evenimentelor în minte.

Anne: Mă văd pe mine cum încep să îi spun lui Fred cât de supărată sunt că iese din nou în oraş. Mă simt neliniştită.

Terapeutul: Perfect, derulează mai departe filmul. Ce se mai întâmplă?

Anne: Se uită la mine cu furie – de parcă l-aş călca pe nervi.

Terapeutul: La ce te gândeşti în acest moment?

Anne: O, nu, nu o să mă asculte nici de data asta. Are de gând să plece iarăşi furios.

Terapeutul: OK, vezi tot felul de indicii care îţi arată că urmează să plece. Ce simţi şi la ce te gândeşti?

Anne: Sunt tot mai neliniştită şi mai furioasă. Cât mi-aş dori să mă asculte!

Terapeutul: Bine, ce se întâmplă în continuare?

Anne: Mă văd pe mine cum rămân mută de uimire sau cum sunt din ce în ce mai furioasă. Totul degenerează cum nu se poate mai rău. El iese spumegând de furie.

Terapeutul: Ce se întâmplă acum – că a plecat?

Anne: Simt un amestec de sentimente, furie, cred, şi tristeţe – mă simt dezamăgită, dar simt şi că nu ar fi trebuit să îl provoc în felul ăsta. Poate că sunt într-adevăr o pacoste pentru cineva care trebuie să trăiască alături de mine. După toate astea, mă simt şi mai deprimată.

Terapeutul: Pentru că aceste scene persistă în mintea ta, de aceea îl provoci atât de rar pe Fred?

Anne: Da, cred că da. Numai atunci când nu mai pot să suport încep să mă cert cu el.

Această procedură ne va permite să adunăm o mulţime de informaţii într-un timp foarte scurt. Aflăm că Anne devine furioasă înainte să se confrunte cu Fred. Ea „lasă lucrurile" să se acumuleze, în parte deoarece îşi imaginează că prietenul ei se va îndepărta de ea dacă îl va mai provoca în felul acesta (lucru pe care el îl face când ea este furioasă). După aceea, când el a plecat, ea se simte *învinsă* şi singură şi începe să se autoînvinovăţească. Este posibil să începeţi să formulaţi unele idei pentru o intervenţie. Ar putea Anne să înveţe să îşi exprime sentimentele într-un mod mai delicat, mai asertiv şi mai puţin furios? Ar putea să renunţe să se mai autoînvinovăţească şi să se considere o pacoste dacă Fred

se îndepărtează de ea? Ar putea fi alte motive pentru care Fred se înfurie şi pleacă (de exemplu, că o parte din el simte că e vinovat sau îi e ruşine şi din această cauză se îndepărtează de toată această situaţie)? „Exerciţiul filmului" poate fi folosit în multe situaţii pentru a obţine informaţii despre secvenţe sau scene imaginate sau actuale, cum ar fi, de exemplu, diferite anxietăţi, teama de abandon şi aşa mai departe. Terapeutul poate astfel să înceapă să exploreze filme alternative, compunându-le scenarii în moduri care s-ar dovedi mai utile. Astfel acesta ar putea spune: „Hai să ne imaginăm un final diferit. Cum am putea ajunge acolo?".

Jocul de rol. Aceasta este o altă procedură eficientă pentru a genera diverse forme de semnificaţii şi este un mod util de a evidenţia afectul şi de a demonstra forţa reacţiilor automate în condiţiile consilierii. Există mai multe moduri în care se poate realiza această procedură. De exemplu, să luăm în considerare cazul Annei, care se teme să se comporte într-un mod asertiv în multe situaţii. I s-ar putea cere să joace un rol care ilustrează o secvenţă asertivă de comportament. În acest fel, terapeutul explorează convingerile referitoare la acesta (de exemplu, „Nu sunt deloc amabilă; Fred o să creadă că sunt egoistă/neînţelegătoare, iar eu nu trebuie să îl supăr ca să nu-i pierd aprecierea"; sau: „O să mă blochez şi mintea nu îmi va mai funcţiona"). După mai multe şedinţe, terapeutul ar putea să o familiarizeze cu diferite aptitudini asertive.

O altă formă de joc de rol se poate referi la repunerea în scenă a unor evenimente anterioare dureroase (de exemplu, dispute). Din nou, terapeutul poate verifica semnificaţiile personale raportate la aceste episoade. Ulterior, el poate practica exerciţii de comportamente alternative şi răspunsuri cognitive. Acestea cuprind interpretări ale unor roluri imaginare, încărcate de amintiri emoţionale (Hackmann, 2005). Clienţii îşi vor pune în evidenţă noile aptitudini în situaţii din viaţa reală. Ca o regulă principală, din experienţa de zi cu zi, jocul de rol funcţionează cel mai bine atunci

când clientul şi terapeutul au dezvoltat o bună alianţă de lucru. În lipsa acesteia, clientul se poate simţi mult prea complexat şi ar putea să nu intre cu adevărat în rolul interpretat, ci doar să îl mimeze şi să nu fie într-adevăr în contact cu emoţiile puternice pe care trebuie să le înţeleagă şi cu care trebuie să opereze.

Ruminaţia

Am menţionat în capitolul 6 că ruminaţia este o altă formă de *spin-off** provenind dintr-un palier superior faţă de al nostru, din abilităţile conştiinţei de sine, care dau naştere diverselor abilităţi metacognitive. Ruminaţia poate fi adesea declanşată de modul în care noi reacţionăm în faţa ameninţărilor. Ed Watkins, de la University of Exeter, şi-a dedicat un volum mare de lucru ruminaţiei şi demonstrează că atunci când lucrurile se înrăutăţesc, emoţiile legate de teamă şi furie în faţa *ameninţării* pot să domine modul nostru de gândire. Pentru a folosi unul dintre exemplele sale, să presupunem că trebuie să mergeţi să susţineţi un interviu important. Sunteţi îmbrăcat la patru ace, dar maşina nu porneşte. O persoană predispusă la gândire negativă se panichează şi începe să gândească în felul următor: „Dumnezeule, de ce trebuie să mi se întâmple tocmai mie şi de ce azi? Numai mie mi se poate întâmpla aşa ceva – întotdeauna toate îmi merg prost. Ce s-a întâmplat cu blestemata asta de maşină? E o rablă care mă lasă baltă exact când am nevoie mai mult de ea!". Persoana care nu are această predispoziţie se supără, de asemenea, însă găseşte modalităţi de a rezolva problema: telefonează după un taxi şi anunţă comisia care îl aşteaptă pentru interviu că va întârzia. Persoana cu o gândire pozitivă (care după toate probabilităţile vine dintr-un mediu de ataşament fondat pe siguranţă) se va aştepta ca ceilalţi să fie înţelegători, în timp ce persoana cu o gândire negativă (care vine dintr-un mediu

* Derivare, ca nouă entitate formată prin desprinderea din una preexistentă (n. tr.).

bazat pe nesiguranţă), se va aştepta ca ceilalţi să îl condamne şi să fie neiertători. Aşadar, ruminaţia are legătură cu trezirea unor emoţii, temeri fundamentale şi stiluri de rezolvare a problemelor.

Se ştie astăzi faptul că pacienţii depresivi (pe lângă diverse probleme sociale) au tendinţa să se gândească în mod insistent asupra motivului pentru care se simt atât de rău şi asupra propriilor trăsături negative, ale lumii lor şi ale viitorului lor (vezi pp. 241-242). Ruminaţia joacă un rol major în ceea ce priveşte cauza pentru care depresia ajunge să se blocheze şi să dureze mult. După cum am văzut în capitolul 6, fiinţele umane şi-au dezvoltat un mod complex de a crea semnificaţii interne odată cu metacogniţia şi reflecţia asupra sinelui. De exemplu, în urma separării de o persoană cu care a avut o relaţie, o persoană poate să traverseze o perioadă de tristeţe profundă, să înţeleagă că ceea ce simte este extrem de neplăcut, însă este o reacţie normală şi se poate baza pe sprijinul prietenilor. O persoană predispusă la depresie ar putea totuşi să personalizeze despărţirea şi să considere că are legătură cu unele trăsături ale sale (de exemplu, este plictisitoare sau indezirabilă într-un anumit fel). În acest fel, persoana respectivă previzionează că nu va fi capabilă să dezvolte relaţii semnificative, apropiate şi că destinul ei este să fie singură din punct de vedere sentimental. Este posibil să înceteze să mai iasă din casă pentru a se întâlni cu prietenii. Ca şi când aceste concluzii nu ar fi suficient de pesimiste, această persoană va continua să se gândească despre cât de rău îi va fi, având în vedere că urmează să rămână singură pentru totdeauna. În esenţă, persoana depresivă ar putea vedea despărţirea ca pe o pierdere majoră a obiectivelor sale sociale. Puteţi să îi explicaţi acestei persoane de ce ruminaţia nu îi este de nici un ajutor, apelând la câteva exemplificări. De exemplu:

> Felul în care gândim despre lucruri ne influenţează emoţiile şi organismul. De exemplu, dacă îţi este foame şi vezi chiar atunci ceva de mâncare o să îţi lase gura apă. Totuşi, dacă doar faptul de a *îţi imagina* o masă copioasă poate avea acelaşi efect,

deoarece imaginile şi gândurile tale stimulează acele arii ale creierului care controlează sucurile stomacului şi saliva. Deseori descoperim că dacă planificăm o vacanță reuşită şi dacă *doar ne gândim* la ea, ne poate trezi un sentiment plăcut sau de entuziasm. Toate acestea pentru că *gândurile noastre ne influențează întregul organism.* În mod similar, când ne gândim insistent asupra lucrurilor stresante, sunt stimulați hormonii stresului din organismul nostru şi ne simțim rău. Astfel, ceea ce putem face este să ne monitorizăm propria atenție şi, folosindu-ne la maximum abilitatea de care dispunem, să ne recentrăm atenția când constatăm că începe să se îndrepte asupra unor lucruri care ne tulbură şi ne supără. Acest lucru poate să preia o parte din presiunea care apasă asupra mecanismelor de procesare a stresului.

Când suntem deprimați, este destul de firesc să începem să ne gândim insistent la toate lucrurile negative din viața noastră, la simptomele noastre, la sentimentele şi greutățile din viața noastră. Cu toate acestea, dacă se poate, străduiți-vă să observați când mintea s-a angajat în procesul automat al ruminației. În acest fel, vom putea explora unele modalități de recentrare a atenției, astfel încât să nu se ajungă la activarea unui nivel mai ridicat de stres. O parte din ceea ce vom lucra împreună următoreşte să vă ajute să vă debarasați de acest proces mecanic al ruminației, care este explicabil, dar care nu vă ajută. Scopul recentrării atenției este să reuşim să întrerupem bucla care s-a creat între ruminație, starea proastă şi din nou ruminație.

Verificați dacă pacientul înțelege acest punct de vedere. Îi puteți pune întrebări despre ruminațiile sale tipice şi dacă el consideră că îi va fi de ajutor să reducă aceste gânduri stăruitoare. Un mod foarte util de a combate ruminația este activitatea (vezi mai jos). De asemenea, abordarea unor aspecte-cheie (de exemplu, resentimentul, frica de schimbare sau teama de o depresie prelungită), care pot submina ruminația, este de mare ajutor. La fel de folositoare în combaterea ruminației este dezvoltarea unei viziuni pline de compasiune (vezi capitolul 11).

Aspecte-cheie 10.1. *Automonitorizarea şi antrenarea conştientizării*

1. Ca un prim pas în direcția schimbării, clientul trebuie să devină mai conştient de procesul intern de atribuire a semnificațiilor, de gândurile, convingerile şi temerile/îngrijorările sale principale, precum şi de legăturile dintre ele.
2. Antrenarea conştientizării este centrată pe legăturile dintre semnificațiile interne şi starea afectivă.
3. Antrenamentul conştientizării poate îmbrăca diferite forme, cum ar fi învățarea conştientizării atente, monitorizarea sentimentelor şi gândurilor, repunerea în scenă a evenimentelui prin focalizarea pe imagini, crearea de fantezii şi acordarea atenției unui comportament nonverbal.
4. Odată ce aceste semnificații şi stiluri cognitive au fost identificate, ele sunt supuse unei clarificări, expuneri şi schimbări progresive.

Centrarea comportamentală

Experimentele comportamentale sunt astăzi esenţiale în cazul multor abordări curative ale depresiei (Bennett-Levy *et al.*, 2004 ; Martell *et al.*, 2001). Acestea sunt folosite în cazul multor aspecte extrem de diferite, cum ar fi strângerea cât mai multor informaţii sau depistarea vreunei frici sau convingeri esenţiale şi reducerea comportamentelor de siguranţă. Un aspect delicat în această privinţă este focalizarea pe dobândirea acelor dovezi care să demonstreze şi să *valideze un comportament pozitiv* în loc să dezaprobe unul negativ. De exemplu :

Jane: Pur şi simplu nu reuşesc să mă trezesc dimineața, pentru că mă simt rău.

Terapeutul: Crezi că te-ar ajuta să te trezeşte în loc să rămâi întinsă pe pat?

Jane: Cu siguranță.

Terapeutul: Ce crezi că te-ar ajuta să încerci totuşi mâine sau în următoarele zile?

Jane: Păi, cred că aş putea să îmi impun să mă dau jos din pat.

Terapeutul: OK, aceasta ar fi o modalitate. Dar ce părere ai dacă ai încerca să fii mai înțelegătoare. Gândeşte-te: „Ei bine, este greu să te dai jos din pat, dar o să fac o încercare şi o să văd dacă o să reuşesc. Sunt capabilă să mă încurajez singură şi să îmi dau seama cât de greu îmi este, dar totuşi o să fac o încercare. Probabil că o să mă simt mai bine dacă voi reuşi". Cu alte cuvinte, dă-ți silința să manifeşti căldură şi înțelegere față de strădaniile tale.

Când Jane va reuşi, vom putea spune ceva de genul: „Aşadar, acum vezi că ai mai mult curaj decât presupuneai tu înainte. Eforturile pe care le-ai depus sunt cu adevărat impresionante, pentru că în continuare te simţi rău dimineaţa". Feriţi-vă să spuneţi: „Aşadar, vezi că previziunile tale nu s-au adeverit; poţi să te dai jos din pat dacă încerci!". Nu puteţi oferi validare dovedind cuiva că s-a înşelat! Acest aspect este esenţial atunci când lucrăm bazându-ne pe compasiune (vezi capitolul 11). Experimentele comportamentale sunt stabilite de comun acord cu pacientul şi apoi încercate. Ele pot fi folosite într-o mare diversitate de contexte. Exemplul de mai sus dovedeşte totodată cum putem contracara imboldurile pe care ni le dau sentimentele (vezi capitolul 4).

Practica independentă sau personală

Practicarea unor exerciţii aşa cum sunt prezentate în capitolul de faţă şi în cele ce urmează este concepută uneori ca un fel de temă pentru casă, cu toate că astăzi se consideră că *practica independentă* ar fi un termen mai bun, pentru a evita asocierea cu temele zilnice de la şcoală. Este important să se dezvolte o înţelegere comună în privinţa momentului, motivaţiei şi modalităţii de angajare în

practica independentă, deşi clienţii sunt foarte diferiţi când vine vorba despre uşurinţa cu care se angajează în acest demers. Practica independentă poate fi un aspect esenţial în ceea ce priveşte ajutorul pe care îl oferim persoanelor depresive, nu doar pentru a aduna mai multe informaţii despre greutăţile lor, ci mai ales pentru a începe să dezvoltăm noi repertorii, aptitudini şi aşteptări. Este important să încurajăm clientul să emită propriile opinii faţă de lucruri care merită încercate (de exemplu: „Cum crezi că ai putea să exersezi rezolvarea acestei probleme?" sau: „Având în vedere ceea ce am discutat până acum, ce crezi că ar merita să încerci?"). În planificarea practicii independente cu persoanele depresive, sunt utile unele sugestii ce merită să fie urmate.

Să provocăm, dar să nu copleşim. Atunci când învăţăm să conducem un autovehicul, nu vom face prima încercare pe o autostradă circulată. La fel, experimentele comportamentale şi practica independentă trebuie să fie realiste şi abordate ca nişte sarcini cu dificultate gradată (vezi, de asemenea, Dryden, 1985; Martell *et al.*, 2001).

Analiza în lanţ. Procesul de analiză în lanţ în teoria comportamental-dialectică (Linehan, 1993; Marra, 2003) ajută pacienţii să înveţe cum să identifice principalii paşi care au condus la o schimbare în privinţa stării de spirit, crizelor sau emoţiilor puternice. Puteţi desena acest proces sub forma unui grafic al etapelor importante, încercând să identificaţi punctele-cheie. Analiza în lanţ poate fi totodată folosită pentru stabilirea unor paşi esenţiali care vor îndepărta pacientul de rezultatele indezirabile. Acest lucru ajută la identificarea punctelor unde o persoană ar fi putut acţiona în mod diferit pentru a ieşi din starea de „pilot automat"(de exemplu, „Dacă mi se întâmplă din nou acest lucru, aş putea face aşa în loc să fac altfel"). Procesul vine în sprijinul conştientizării faptului că *există* alternative şi că dificultăţile nu trebuie să ne prindă în plasa rutinelor repetitive. Pacienţii sunt liberi să încerce diferite

experimente comportamentale şi să vadă ce îi ajută într-adevăr. Lipsesc de aici unele etape importante? Ar fi mai bine dacă am recurge la una în locul celeilalte?

Expunerea. Este de asemenea foarte importantă în travaliul comportamental şi acest lucru înseamnă accesarea unor emoţii-cheie asociate cu diferite dificultăţi. După cum s-a observat anterior, există diferite modalităţi de a aduce aceste emoţii în contextul terapiei (de exemplu, prin fantezii, reamintiri direcţionate, interpretarea de roluri). În această privinţă, terapeutul şi persoana depresivă ar trebui să fi căzut de acord asupra modalităţilor de a lucra cu aceste emoţii atunci când ele apar şi să deţină o înţelegere comună a importanţei angajării şi desensibilizării ca un mod de lucru (Greenberg şi Watson, 2006). Dacă pacienţii opun rezistenţă faţă de abordarea anumitor aspecte din pricina temerilor, atunci terapeutul ar putea să sondeze situaţia *într-un mod subtil*: „Mă întreb cum te vei simţi dacă vei parcurge terapia fără să abordezi această chestiune?" sau: „Mă întreb ce ai putea simţi faţă de mine dacă nu aş încerca să abordez această chestiune împreună cu tine şi te-aş lăsa să duci în continuare această povară de unul singur?". De asemenea, diferite abordări, cum ar fi luarea în considerare a avantajelor şi dezavantajelor, pot ajuta la edificare şi stimulare conştientizării că există probleme esenţiale care persistă (Leahy, 2002).

Cum să ajutăm pacientul să suporte mai uşor disconfortul. Deşi este important să inspirăm speranţa, pe măsură ce terapia avansează, veţi împărtăşi momente când va fi greu să abordaţi temerile sau îndoielile şi să acţionaţi pentru a înfrunta gândurile depresive şi comportamentele de evitare, mai ales la început (Beck *et al.*, 1985; Leahy, 2001; Linehan, 1993). Progresul poate fi atins treptat, iar încurajarea şi sprijinul pot fi cruciale. Este mai probabil ca pacienţii să facă eforturi şi să suporte disconfortul dacă pot să înţeleagă cum şi de ce este necesar să facă acest lucru (Bennett-Levy *et al.*, 2004).

Desconsiderarea realizărilor. Idei specifice de acest gen sunt: „Oricine poate face acest lucru. Faţă de ce obişnuiam eu să fac, este atât de simplu". Ajutaţi clienţii să *îşi imagineze* că, dacă ar fi căzut într-o groapă adâncă, i-ar ajuta dacă ar avea o scară pe care să urce treaptă cu treaptă, pentru că ar fi imposibil să sară direct afară. Astfel, vom avea imaginea unei „deplasări ascendente" în locul unor aşteptări nerealiste. Aspectul esenţial este să se recurgă la o abordare pas cu pas (Gilbert, 2000a).

Practica independentă pentru a face pe plac terapeutului

Uneori, clienţii se vor angaja în exercitarea unei practici independente sau a altor sarcini care ţin de terapie doar pentru a-i face pe plac consilierului, şi nu pentru că înţeleg cu adevărat de ce fac acest lucru. Aceasta nu este întotdeauna o chestiune problematică, întrucât, dacă ei încep să procedeze în acest fel, iar după aceea învaţă că practica îi ajută într-adevăr, va apărea o schimbare de motivaţie. În acelaşi timp, este un aspect care poate ajuta relaţia terapeutică. Cu toate acestea, ar trebui să fiţi atenţi ca nu cumva pacienţii să spună că este bine doar ca să vă facă pe plac sau să nu le fie teamă să vă spună că terapia dumneavoastră nu le e de nici un ajutor. Unii dintre pacienţi îşi aştern în scris propriile gânduri cu acurateţe, dar în momentul explorării, le lipseşte angajamentul emoţional. Pacientul scrie ceea ce crede că se aşteaptă de la el, şi nu ceea ce îl ajută cu adevărat.

Înrăutăţirea stării

Dacă pacientul susţine că activitatea independentă îl face să se simtă mai rău, terapeutul poate să transforme această situaţie într-un avantaj (de exemplu: „Ei bine, acest lucru ne ajută, deoarece putem să examinăm în detaliu ceea ce se petrece" sau: „Ei bine,

acest lucru ne ajută, deoarece ne arată că te angajezi în practicarea celor învăţate"). Terapeutul ar trebui să fie precaut să nu cadă în capcana de a se aştepta ca pacientul să se simtă mai bine de îndată ce a început practica independentă şi să se demoralizeze când pacientul susţine că se simte mai rău. Cu cât terapeutul îi va permite mai mult pacientului să se simtă mai rău în urma exercitării practicii independente, cu atât mai uşor îi va fi pacientului să nu se teamă să îi prezinte terapeutului informaţii negative în privinţa consilierii. Ne dorim să evităm situaţiile în care pacientul se gândeşte în afara şedinţei de consiliere: „Ei bine, nu îmi place să îi spun asemenea lucruri terapeutului meu, pentru că el îşi dă toata silinţa şi l-ar întrista să afle toate astea" sau: „Nu vreau să îi spun terapeutului meu că nu a dat rezultate, pentru că l-ar supăra şi nu ar mai avea acelaşi interes să mă ajute". Totodată, terapeutul ar trebui să evite să se instaleze în poziţia celui care îşi propune să îl facă pe pacient să simtă mai bine. Ca o consecinţă a acestui lucru, terapeuţii pot deveni extenuaţi şi apar unele probleme în consiliere. Procesul în sine înseamnă colaborare, căzându-se de acord asupra scopului demersului terapeutic (vezi Liotti, 2007).

Alte aspecte ce merită luate în considerare

Puterea şi controlul

Puterea este diferită de control în sensul că terapeutul nu poate controla rezultatul demersului aşa cum şi-ar dori, însă aceasta nu înseamnă că el este lipsit de putere. Sunt lucruri pe care terapeutul le poate face pentru a lăsa opţiunea să decidă asupra finalităţii. De exemplu, un bărbat depresiv cu tendinţe suicidare se simţea foarte furios din pricina modului în care angajatorii săi reacţionaseră cu privire la perioadele în care absenta – îi ceruseră să demisioneze. În timp ce era preocupat de incorectitudinea deciziei lor şi de

nevoia pe care o resimţea să se războiască cu ei, se simţea lipsit de forţă, copleşit şi subordonat voinţei lor – era o companie mare, iar sindicatul din care el făcea parte nu credea că o să câştige un proces. Odată ce acceptase că erau puţine şanse să mai poată face ceva (după ce discutase cu cei din sindicat), începuse să analizeze cum ar fi putut să întoarcă situaţia în propriul avantaj, să vadă dacă putea să obţină o plată compensatorie pentru disponibilizare, pe care a şi negociat-o cu succes. Nu a trebuit să controleze rezultatul pentru a-şi exercita puterea în această situaţie şi a încerca să obţină un avantaj. Convingerile lui principale erau: „Nu trebuie să îi las să mă trateze în felul ăsta. Sunt o persoană slabă, nu sunt bun de nimic". Teama fundamentală era „să fiu slab şi lumea să mă calce în picioare".

O formă de implicare poate fi şi *transformarea unui lucru perceput ca o slăbiciune într-un un punct forte*. De exemplu, persoana din exemplul de mai sus îşi ura slujba, dar simţea că trebuie păstreze acel post doar pentru a-şi dovedi tăria. Gândurile legate de ideea de a pleca erau percepute ca slabe, o evadare şi o recunoaştere a înfrângerii. Reconstruirea evadării ca o dovadă de putere şi un semn de flexibilitate erau de folos şi contracarau sentimentele de neputinţă. Cu alte cuvinte, dacă o persoană ar încerca să reuşească într-un domeniu şi acest lucru s-ar dovedi imposibil, atunci este util să renunţe şi să caute o nouă oportunitate. Cogniţii de tipul: „Fiecare trebuie să-şi dovedească tăria" sau ideea că renunţarea în faţa unei situaţii dificile este un semn al înfrângerii, al slăbiciunii, al inadecvării sau al inferiorităţii sunt deseori inhibitorii. Aceste cogniţii pot genera depresia şi sentimentul că eşti prins în capcana unei situaţii fără ieşire. Totuşi, foarte mult depinde de fiecare caz în parte. În unele situaţii, se poate ca în practică situaţia să fie foarte dificil de schimbat. În alte cazuri, un pacient depresiv se poate să nu fi încercat într-adevăr să aibă succes într-o anumită situaţie sau o relaţie, gândindu-se că va eşua chiar de la început (vezi capitolul 4).

Conştientizarea capacităţii de dezvoltare şi maturizare

Unii pacienţi nu sunt capabili de o gândire abstractă, însă se găsesc deocamdată într-o etapă a unei gândiri mai concrete (McCullough, 2000; Rosen, 1989). Terapeutul trebuie să fie conştient de abilităţile cognitive şi conceptuale ale pacientului. Uneori, terapeutul îşi aduce contribuţia la procesul de perfecţionare a acestor abilităţi (Gilbert,1995a). În consecinţă, angajaţi-vă numai în intervenţii pe care pacientul le înţelege şi este capabil să le realizeze.

Terapia cognitivă poate facilita maturizarea. Acest lucru se întâmplă deoarece, pe măsură ce persoana implicată în procesul consilierii se schimbă, ea nu numai că se reprogramează singură, dar totodată dobândeşte o înţelegere mai profundă a cauzelor, originilor experienţelor sale de tipul eu-celălalt şi a judecăţilor. Persoana depresivă poate experimenta validarea în procesul terapiei, poate să fundamenteze propriile sisteme de ataşament şi să dezvolte o teorie mai eficientă a aptitudinilor mentale. Ea poate să capete mai multă încredere în ceilalţi şi să fie mai puţin critică faţă de sine. În maniere pe care cercetarea nu a reuşit deocamdată să le clarifice, este posibil să existe un sens al sinelui mai complet, ce iese la iveală în urma experienţei terapeutice. Odată cu maturizarea, unele atitudini şi stiluri de gândire şi de reacţie devin mai flexibile şi mai diversificate. Se înregistrează o dezvoltare şi o evoluţie a sinelui (Kegan, 1982). S-a constatat într-o tot mai mare măsură că, în unele cazuri, pacienţii nu au atins o etapă suficient de dezvoltată în procesul de maturizare pentru a face faţă intervenţiilor complexe, iar consilierul trebuie să fie conştient de acest lucru (Beck *et al.*, 1990). În acelaşi timp, se fac eforturi pentru a integra abordările cognitive în conceptele privitoare la psihologia dezvoltării, derivate din teoriile lui Piaget şi Erikson (vezi Freeman, Simon, Beutler şi Arkowitz, 1989; Mahoney, 2003; Mahoney şi Gabriel, 1987; McCullough, 2000). Astăzi, aceste eforturi se înscriu în curentele diferitelor şcoli de consiliere cognitivă (de exemplu,

raţionaliştii şi construcţioniştii). Mahoney şi Gabriel (1987) sunt cei care oferă o introducere adecvată în abordarea acestor aspecte.

Şansa de a se dezvolta

Deşi înseamnă o schimbare dureroasă, unii pacienţi pot transforma propria depresie într-o şansă de a se dezvolta şi de a ajunge să fie „mai bine decât înainte" (Gut, 1989). În aceste cazuri, terapeutul va atrage atenţia asupra intensificării intuiţiei şi înţelegerii, a noilor aptitudini pe care pacientul le dobândeşte pentru a-şi controla sentimentele depresive şi aşa mai departe. Terapeutul poate să îşi întrebe pacientul: „Ce ai învăţat din această depresie? Cum te-a schimbat?". Această abordare va transforma depresia percepută ca slăbiciune (şi ceva care provoacă ruşine) într-o depresie înţeleasă ca oportunitate. Totuşi, aceste aspecte apar în mod normal atunci când deja s-au întregistrat progrese. La început, o persoană poate să nu vadă nimic pozitiv în faptul că este depresivă şi nu este o idee bună să se exploreze acest aspect prea devreme în procesul consilierii.

Uneori, ajungem să ne simţim tulburaţi pentru că nu am reuşit să facem faţă unei provocări care să conducă la dezvoltare. Încă ne agăţăm de vechile moduri de gândire şi de comportament pentru că ni se par sigure. Astfel, schimbarea poate fi percepută şi analizată ca o provocare ce are ca finalitate dezvoltarea, o şansă de a merge mai departe şi de a se dezvolta. Uneori, pacienţii pot ieşi dintr-o depresie, nu doar pentru a se întoarce la vechile lor stiluri care au precedat boala, ci schimbându-se în mod radical.

Dileme dureroase

Odată ce începe să se instaleze depresia, se manifestă schimbări într-un registru de stiluri cognitive, emoţii, patternuri comportamentale şi stări fizice. Este posibil să ne pierdem puterea de concentrare şi să devenim prizonierii unor gânduri negative, care ne tot revin în minte fără să ne dea pace. Ne putem simţi ca nişte

şoareci prinşi într-un labirint întunecat. Terapeutul poate fi cel care ajută persoanele depresive să înţeleagă unde se găsesc în acest labirint, asistându-le în căutarea ieşirii, folosind diferite abordări pe care le-am prezentat aici şi care sunt utile pentru persoanele depresive. Şi totuşi, nu pierdeţi din vedere faptul că depresia este deseori centrată în jurul evenimentelor din viaţa reală, a obstacolelor şi dilemelor. Terapia comportamentală înseamnă să lucrezi cu aceste dileme într-un mod sensibil.

Concluzie

Capitolul de faţă a explorat unele moduri de angajare din partea persoanei depresive, care conduc la intensificarea stării sale de conştientizare a conexiunilor dintre modul de gândire, de a simţi şi de a se comporta, experimentând noi comportamente şi lucrând în colaborare. Formulările analizate în capitolul 9 acţionează asemenea unui fundal pentru alte „mini"-formulări şi oferă un mod de focalizare pentru unele tipuri specifice de intervenţie. Persoanele depresive ar putea să considere aceste intervenţii dificile la început şi de aceea să aibă nevoie de încurajare pentru a le practica. Consilierul terapeut va fi conştient de existenţa diferitelor gânduri de autoapărare, precum ideea că practica nu va da roade. Toate acestea vor fi tratate într-o manieră sensibilă şi plină de compasiune, observând că sunt absolut de înţeles, dar în acelaşi timp acţionează ca factori de blocaj şi pot fi abordate printr-o colaborare a părţilor.

În capitolul următor vom explora modul în care trebuie să sprijinim aceste intervenţii, punând accentul în mod special pe o viziune plină de compasiune. După cum dovedesc multe terapii la ora actuală, obiectivul urmărit nu este (doar) ca pacientul să devină mai raţional, ci să se descopere acele modalităţi de alinare şi acele căi pe parcursul cărora ne putem atinge ţintele personale şi ne putem găsi sursele pentru menţinerea stării de bine.

Capitolul 11

Dezvoltarea compasiunii față de sine

Ultimele capitole s-au concentrat asupra modalităţilor de formulare a depresiei, asupra angajării şi paşilor ce pot fi făcuţi pentru a ieşi din starea de depresie. Înainte să intrăm în analiza detaliată a modului de lucru cu anumite gânduri şi sentimente, aş dori să vă prezint o modalitate de orientare a lucrului în consiliere prin prisma compasiunii. Am menţionat prima oară această idee în capitolul 7, dedicat relaţiei terapeutice. Ceea ce vreau să menţionez în cele ce urmează este că terapia poate fi centrată pe ajutorul acordat persoanei depresive (şi în mod special, celei cu un spirit autocritic ascuţit) pentru a dezvolta compasiunea de *sine*. Sper ca până la sfârşitul acestui capitol să fi transmis ideea că orice gen de „tehnici" am folosi, acestea vor funcţiona mai bine dacă vor fi internalizate de pacient ca o formă de de protejare, de manifestare a grijii şi a compasiunii faţă de sine.

Pentru a face o legătură cu abordarea deja amintită, putem să ne amintim că depresia este o stare mentală emergentă, însoţită de anumite patternuri psihobiologice de reacţie. Datorită modului în care fiinţele umane au evoluat astfel încât să fie capabile să gândească, să reflecteze şi să deţină conştiinţa de sine, modul de gândire al persoanelor depresive şi stilul lor de a se adapta pot să intensifice şi să menţină patternuri psihobiologice depresive. Prin urmare, este firesc să ajutăm persoanele depresive să îşi schimbe modul de gândire, să reducă frecvenţa gândurilor negative şi să acţioneze în maniere care să le angajeze, în depăşirea obstacolelor din viaţă şi a anumitor emoţii, în loc să le evite.

BUCHAREST UNIVERSITY LIBRARY

Terapia centrată pe compasiune este fondată pe acest gen de idei şi utilizează un registru de proceduri şi intervenţii cognitiv-comportamentale şi altele centrate pe emoţii. Cu toate că terapia centrată pe compasiune poate fi raportată la sisteme mai vechi de gândire, cum ar fi budismul Mahayana (Gilbert, 2005a; Glaser 2005), propria mea abordare îşi are rădăcinile în teoria evoluţionistă (Gilbert, 1989, 1992) şi în recentele lucrări consacrate neuroştiinţei emoţiilor (Panksepp, 1998). După cum am remarcat, stările mentale depresive şi patternurile lor psihobiologice de răspuns sunt legate de strategii de protecţie înnăscute, care au evoluat pentru a-i permite fiinţei umane să depăşească pierderea controlului asupra resurselor sociale, marginalizarea socială şi eşecul şi pot declanşa mecanisme ale afectului, gândirii şi comportamentului în anumite moduri. Aceste strategii sunt „gestionate" în creier printr-o reţea de patternuri şi interacţiuni constituită din trei mecanisme de bază ale afectului: *ameninţare*, *impulsionare* şi *mulţumire/liniştire* (vezi capitolele 2 şi 3). Pe măsură ce oamenii devin tot mai depresivi, mecanismele de detectare a ameninţării încep să exercite o influenţă mai mare asupra procesării şi stărilor afective. Mecanismele de impulsionare sunt slăbite (pentru a pune capăt unui comportament care s-ar putea solda cu recompense nesatisfăcătoare sau s-ar sfârşi cu rezultate nedorite), iar persoanele depresive se simt extenuate sau îşi pierd din energie şi motivaţia de a se angaja în „trecerea la acţiune". Esenţial pentru chestiunile pe care le vom discuta este totuşi faptul că abilităţile de a ne simţi conectaţi din punct de vedere social, mulţumiţi şi liniştiţi pot fi la rândul lor slăbite. Aşadar, ne putem direcţiona terapia spre încercarea de a le stimula din nou, lucrând cu intenţia de a normaliza mecanismele de detectare a ameninţării şi cele responsabile de motivare. Ne propunem să schimbăm organizarea patternurilor psihobiologice ale unei minţi depresive.

Acest mod de gândire legat de depresie influenţează modul în care specialistul îşi structurează terapia. Terapia cognitiv-comportamentală şi alte terapii centrate folosesc un registru întreg de intervenţii în încercarea de a slăbi procesarea ameninţării (de exemplu,

reevaluarea gândurilor centrate pe ameninţare şi contracararea gândurilor negative) şi pentru a opera asupra mecanismelor de impulsionare prin încercarea de a ajuta persoanele depresive să îşi îmbunătăţească comportamentul, în special despre acele tipuri de comportament asociat cu întăriri ce constituie rezultate pozitive. Sentimente precum cel de pierdere a controlului şi de a fi prins într-o capcană fără ieşire pot fi contracarate prin rezolvarea problemelor şi abordarea dilemelor. Totuşi, în timp ce multe terapii se centrează pe acceptarea de sine, reaprinderea unui sentiment de apartenenţă socială prin intermediul relaţiei terapeutice şi al activităţilor sociale îndrumate, abordările centrate pe compasiune se focalizează în acelaşi timp asupra importanţei majore a mecanismelor de mulţumire/liniştire. Am văzut că aceste mecanisme au evoluat ca factori de normalizare a mecanismelor de ameninţare şi impulsionare. Mulţumirea slăbeşte mecanismele de motivare şi de căutare (Depue şi Morrone-Strupinsky, 2005). Mai mult decât atât, când suntem mulţumiţi, nu ne mai simţim ameninţaţi, ci în siguranţă (Gilbert, 1989). Pe parcursul evoluţiei noastre, acest mecanism a ajuns să fie folosit de sistemul de asociere socială şi de ataşament. Încă din primele zile de viaţă, sistemele psihobiologice ale puilor de mamifere sunt normalizate de experimentarea senzaţiei că un părinte are grijă de ei şi îi linişteşte (Carter, 1998). Copiii care nu primesc aceste semnale liniştitoare sau ai căror părinţi şi semeni au o atitudine mai curând ameninţătoare şi brutală decât liniştitoare ajung să fie dominaţi în mod excesiv de mecanismele de ameninţare şi impulsionare (Perry *et al.*, 1995). Din pricina acestor experienţe, un întreg registru de strategii de protecţie, inclusiv cele responsabile de starea de spirit, ajung să fie cu uşurinţă activate. În mod esenţial, dacă nu te simţi în siguranţă în lume, creierul tău va încerca să caute opţiuni mai bune. Acesta este motivul pentru care relaţiile de ataşament nesigur sunt atât de des legate de vulnerabilitatea faţă de psihopatologie, iar relaţiile de ataşament sigure şi pline de iubire pot face atât de mult pentru a slăbi vulnerabilitatea faţă de depresie – chiar dacă este vorba de o predispoziţie genetică (Caspi şi Moffitt, 2006; Suomi, 1999; Taylor *et al.*, 2006).

Lipsa sentimentului de siguranță sau de liniște

Dacă veți opta pentru acest mod de gândire despre depresie, atunci, deși s-ar putea să ajutați pacienții să își modifice emoțiile, modul de gândire și comportamentul și să își reactiveze motivația/angajamentul în locul evitării, veți încerca în același timp să îi ajutați să își activeze sau reactiveze mecanismele de liniștire pentru a se autoorganiza. În esență, vă veți gândi cum ar putea acest sistem esențial de liniștire a afectului să fie antrenat și să contribuie la normalizarea și slăbirea autoprotecției depresive.

Am avut ocazia să lucrez o lungă perioadă în consiliere terapeutică pentru a-i ajuta pe clienți să se elibereze de rușine și de depresia autocritică și ceea ce m-a frapat a fost cât de dificil este pentru suferinzi să se simtă vreodată liniștiți, împăcați cu ei înșiși sau mulțumiți – chiar în momentele când nu sunt deprimați. Vă prezint în continuare câteva exemple de afirmații pe care persoanele depresive le fac adesea în privința abilității lor de a se bucura de unele lucruri și de a se simți mulțumite.

- „Nu m-am simțit niciodată mulțumit cu adevărat de viața pe care o am – mi se părea întotdeauna că mai aveam atât de multe de făcut."
- „Chiar și când aveam succes, nu mă puteam bucura de momentul acela. Doar anticiparea și trecerea la acțiune mă energizau într-o anumită măsură, însă niciodată momentul reușitei în sine. În adâncul inimii, întotdeauna îmi spuneam «da, dar» nu este suficient și căutam următorul lucru pe care îl aveam de făcut sau de cumpărat."
- „Chiar și când sunt în vacanță, mă gândesc tot la lucrurile pe care le am de făcut și la toate problemele care așteaptă să le rezolv când mă voi întoarce – chestia asta nu mă lasă să mă bucur de vacanță."

Astfel de perspective corespund ideilor privitoare la convingeri esențiale, ipoteze și moduri de viață (Beck, 1996). În același timp,

ele corespund nivelurilor ridicate de stres. Totuşi, ele evidenţiază existenţa unor probleme persistente care ţin de incapacitatea de a se bucura şi de a fi mulţumit şi împăcat cu sine, de a se bucura şi de a aprecia lucrurile mărunte. Dar ce putem spune despre mecanismele de liniştire din perspectiva socială? În acest caz, din nou, persoanele depresive pot să întâmpine deseori dificultăţi.

- „Rareori se întâmplă să mă simt în siguranță în prezența altor oameni. Chiar dacă oamenii sunt drăguți cu mine, eu nu simt cu adevărat lucrul acesta şi consider că ei doar se prefac că sunt amabili."
- „Îmi este greu să simt că sunt iubită şi dorită. În mintea mea ştiu că partenerul meu mă iubeşte, numai că eu nu pot să simt că îmi este aproape."
- „Dacă oamenii ar şti cum sunt eu de fapt, cu siguranță nu le-ar plăcea de mine."
- „Simt că există acest zid în jurul meu, iar eu sunt absolut izolat de lume şi de ceilalți."
- „Toată viața am fost luat peste picior: acasă, la şcoală şi acum la locul de muncă. Prin umare, cred că trebuie să țin oamenii la distanță."

Dar în ceea ce priveşte raportarea la propria persoană? Pot aceşti oameni să aibă un sentiment de mulţumire sau să fie îngăduitori cu ei înşişi?

- „Am avut întotdeauna sentimentul că nu sunt suficient de bun. Dacă fac o greşeală, am sentimentul că îmi fuge pământul de sub picioare şi mă supăr rău pe mine însumi."
- „Îmi doresc uneori să fiu cu totul altă persoană – nu cel care sunt în realitate."
- „Nu poți să ajungi nicăieri în viață dacă nu eşti mereu autocritic şi dacă nu te impulsionezi."
- „În comparație cu alții, nu sunt bun de nimic."

Specialiştii în terapii cognitiv-comportamentale se vor focaliza pe acest gen de afirmaţii reprezentative pentru anumite convingeri esenţiale şi o anumită schemă, ceea ce ar putea fi, la un anumit

nivel. Dar totodată, acestea dezvăluie multe aspecte despre organizarea specifică a afectului unui pacient, despre funcţionarea mecanismelor de ameninţare şi de autoprotecţie şi despre experienţa îndelungată de a nu se fi simţit niciodată cu adevărat în siguranţă. Mai mult decât atât, persoanele care posedă un simţ autocritic dezvoltat şi cele care resimt o ruşine adânc întipărită nu se vor linişti prea uşor odată cu schimbările în modul de gândire (Rector *et al.*, 2000). Este posibil să înţeleagă logica intervenţiilor centrate pe cogniţii, dar ar putea spune: „Înţeleg care este logica acestor lucruri, dar nu mă ajută mereu să mă simt mai bine". Este vorba de o nepotrivire între cogniţie şi emoţie.

Centrarea pe ceea ce este de un real ajutor

Consilierii specializaţi în terapia cognitiv-comportamentală s-au îndepărtat treptat de centrarea pe conceptele de „logică" şi „raţiune" în cadrul procesului terapeutic, oricât de importante ar fi acestea. Ei sunt de părere că mare parte din ceea ce facem noi – lucruri care ne fac plăcere – nu are o motivaţie raţională, ci ne ajută să atingem obiectivele importante, iar aceste obiective au consecinţe evoluţioniste importante, cum ar fi dezvoltarea unor relaţii utile, compunerea unei familii, aducerea unor contribuţii de valoare şi exercitarea controlului asupra resurselor. Încă mai există cărţi care vorbesc despre identificarea unor „erori cognitive" şi „corectarea unui mod de gândire greşit sau distorsionat" în loc să prefere termeni precum „predispoziţie" (un cuvânt nu induce sentimentul ruşinii). Totuşi, mulţi specialişti în terapii cognitive vorbesc acum în termenii unei gândiri şi a unui comportament *util* şi *inutil* (sau antidepresiv şi depresiv). Ideea de bază în această privinţă este că, pentru a face intervenţiile sau gândurile alternative să fie utile, ele trebuie să fie *simţite* ca fiind utile. Chiar în unele situaţii ce ar putea fi dificile la început, dacă vă puteţi imagina că sunt utile, imaginaţi-vă

cât de bine v-ați simți *dacă ați putea* să o faceți, iar acest lucru o să vă ajute. Cheia problemei este *sentimetul* că ceva este util.

Pentru unele persoane depresive, să ajungă să se focalizeze mai mult pe dovezi este experimentat ca fiind ceva util, care le conferă siguranță. De exemplu, focalizarea pe dovezile care infirmă o opinie negativă poate reașeza lucrurile într-o perspectivă realistă și poate slăbi forța amenințării – este un fel de ușurare. Dar, presupunând că nu vă puteți imagina anumite rezultate ca fiind utile, nu știți cum ar fi să vă simțiți în siguranță, protejat și mulțumit. Recunoașterea faptului că suntem absurzi și că ar fi mai bine să gândim într-un fel sau altul ar putea să nu schimbe de fapt felul în care ne simțim. Într-adevăr, multe persoane depresive știu că ceva din modul lor de gândire este ilogic și este diferit de modul în care gândesc atunci când nu sunt deprimate. Cu toate acestea, ele pot fi atât de mult focalizate pe sentimentul amenințării, încât mintea lor continuă să genereze reacții de tipul „da, dar...". Dacă vom încerca să convingem pe cineva să adopte o opinie alternativă bazându-ne pe logică, intervenția poate deveni destul de *inutilă* și acestuia s-ar putea să-i fie rușine, pentru că nu a fost capabil să se schimbe. Așadar, trebuie să înțelegem acest concept de „util" mult mai în profunzime. Trebuie să ne gândim că poate să existe o problemă în mecanismele emoționale, care generează *sentimentul* că ceva este util, sentimente de siguranță și capacitatea de a ne simți în siguranță. Dacă acest sistem al afectului nu funcționează, atunci nici un fel de raționament, indiferent cât de logic ar fi, nu ne va ajuta.

Deși nu este structurată într-un astfel de mod, acest gen de abordare a devenit esențială pentru lucrul cu anxietatea și problemele generate de traume. Terapeutul operează în mod direct cu emoțiile asociate cu teama într-o amintire traumatizantă, astfel încât persoana depresivă să poată experimenta siguranța *situației prezente* în timp ce evocă amintirea respectivă. Expunerea la anxietate este menită să îmbogățească experiența cu suficiente situații în care persoana a fost în siguranță (de exemplu, panica nu a provocat un infarct), astfel încât să schimbe convingerile și

comportamentele de siguranţă negative (Clark şi Ehlers, 2004; Salkovskis, 1996a) şi activarea amintirilor (Brewin, 2006; Lee, 2005). Mai puţin recunoscut este însă uneori rolul terapeutului ca o sursă de liniştire, siguranţă şi încurajare, pe măsură ce pacienţii experimentează stări de disconfort (Gilbert, 1989, 2007).

Unele persoane depresive recunosc faptul că este posibil să se fi simţit rareori liniştite sau în siguranţă. Se poate ca ele să aibă puţine amintiri emoţionale ale unor astfel de sentimente. De-a lungul mai multor ani, am fost interesat să găsesc modalităţi prin care am putea ajuta persoanele depresive să îşi dezvolte capacitatea de a se autolinişti ca pe o sursă de siguranţă; de a lucra direct cu *experienţa esenţială a utilităţii*. Am avut ocazia să discut aceste idei (conform cărora depresia este legată de strategii de protecţie centrate pe ameninţare, iar autoliniştirea poate avea un rol important în slăbirea intensităţii acestora) cu multe persoane depresive. Aceste discuţii mi-au revelat multe aspecte fascinante (Gilbert şi Irons, 2004). Un mod de a aplica ceea ce am înţeles a fost să trasez cele trei cercuri ale emoţiilor, aşa cum am arătat în capitolul 2 şi să discut cu aceşti pacienţi cum se raportează gândurile şi emoţiile noastre la aceste sisteme. În acest fel, scopul terapiei va fi să facem diferitele sisteme de reglare a afectului să interacţioneze într-un mod mai util. Odată ce pacienţii înţeleg ceea ce urmărim, scopul intenţiilor şi al eforturilor noastre creşte probabilitatea ca ei să devină colaboratori activi în cadrul procesului. Unii ar putea să îşi identifice gândurile şi sentimentele în acest mod: „Acestea sunt mecanismele mele de protecţie în faţa ameninţării, care gândesc în locul meu" sau „acesta este sistemul meu de impulsionare".

Alinarea

Blândeţea, căldura şi gingăşia sunt semnale evolutive care, în condiţii normale, activează mecanismele de liniştire în interiorul recipienţilor (Wang, 2005). Astfel, la mijlocul anilor '90, am

început să fac apel la diverse intervenţii cognitiv-comportamentale, dar am solicitat pacienţilor să păstreze în minte alternativele, să ţină ochii închişi şi să îşi imagineze cât mai bine care ar fi sentimentele asociate cu aceste alternative. Le-am sugerat (odată ce un gând alternativ a fost acceptat ca rezonabil) să îşi imagineze alternativa *cu sentimente de blândeţe şi căldură*, astfel încât să poată experimenta alternativa ca fiind liniştitoare şi utilă. Le-am cerut să se concentreze asupra propriei respiraţii timp de o clipă şi să se relaxeze, iar apoi să evoce în minte gândul/ideea/interpretarea alternativă cu blândeţe, căldură şi înţelegere. Apoi, am încetinit procesul şi le-am vorbit cât mai încet, calm şi liniştitor posibil (altfel spus, încercam să activez sistemul de alinare şi să îl codific în acea alternativă). Uneori era util să sugerez următoarele:

> Imaginează-ți că cineva căruia într-adevăr îi pasă de tine stă de vorbă cu tine. Sau imaginează-ți o parte din tine care este capabilă să manifeste blândețe și grijă – acea parte din tine pe care ai putea să o revelezi în fața unui copil sau a unei persoane la care ții și care este în suferință. Încearcă să te concentrezi asupra acestui sentiment și apoi, păstrându-l în minte, evocă gândurile tale negative și vorbește cu tine însuți cu căldură, orientându-te spre gândurile alternative. Concentrează-te mai puțin asupra cuvintelor sau încercării de a te convinge singur de existența alternativelor și fii preocupat mai mult de sentimentul căldurii din aceste alternative.

Ceea ce am prezentat mai sus este asemănător unei abordări comportamentale, când terapeutul încearcă să stimuleze un afect alternativ (cum ar fi o reacţie de relaxare) în faţa anxietăţii. Nu logica, raţiunea sau dovezile sunt cheia problemei (deşi toate acestea sunt la rândul lor importante), esenţial este tonul emoţional al dialogului cu sine şi al autoreflecţiei. Întrucât persoanelor depresive le-a fost prezentată schema celor trei cercuri emoţionale, ele pot să înţeleagă ideea acestui demers. Deoarece sunt colaboratori în procesul consilierii, le puteţi întreba: „Cum a funcţionat exerciţiul în ceea ce te priveşte? Cum am putea să îmbunătăţim

acest mod de lucru pentru a aduce mai multă trăire afectivă în gândurile tale alternative?".

Unii clienţi ajung rapid la ideea că trebuie „să simtă" alternativa, nu doar să o „gândească". Pe parcursul discuţiilor mele cu clienţii, aceştia afirmau că atunci când se concentrau în primul rând sau concomitent asupra sentimentelor de căldură şi blândeţe, ei experimentau într-un mod complet diferit gândurile alternative – acestea păreau mai credibile şi mai liniştitoare. Am fost încântat să aflu acest lucru şi am introdus special o parte din aceste idei în cea de-a doua ediţie a cărţii mele *Overcoming Depression* (Gilbert, 2000a). Am continuat (şi mai continui) să folosesc multe dintre intervenţiile dezvoltate de terapeuţii specializaţi în terapii cognitive şi comportamentale (dialogul socratic, descoperirea direcţionată, expunerea şi experimentele comportamentale), însă mi-am dorit să realizez mult mai mult în privinţa aspectelor emoţionale ale acestor intervenţii. În esenţă, ne propunem să asigurăm un gen de *fizioterapie* a minţii (Gilbert şi Irons, 2005); să punem în funcţiune mecanismele care asigură alinarea.

Teama de compasiune

Multe dintre persoanele depresive cu care lucrez suferă de depresie cronică şi deseori sunt diagnosticate cu tulburări de personalitate. Când am început să introduc ideea de concentrare asupra sentimentelor de căldură şi blândeţe, m-am lovit de unele probleme majore, care aveau să îmi întărească opinia că în cazul acestor persoane, mecanismele de liniştire sunt în mod serios afectate. În loc să simtă uşurare când experimentau blândeţea, acestea începeau să plângă şi se închideau în sine. Un client a intrat în panică şi a întrerupt terapia. Când îi rugam să se gândească la sentimente de blândeţe faţă de cineva la care ţineau şi apoi, când puteau să îşi imagineze acel sentiment, să şi-l imagineze îndreptat spre propia persoană, ei puteau să îndeplinească prima parte, dar când trebuiau să transfere sentimentul asupra propriei persoane, nu erau

capabili, şi am remarcat că sentimentele lor deveneau reci şi dure. Vorbeau despre sentimentele de blândeţe îndreptate spre sine ca fiind stranii, triste şi copleşitoare sau, pur şi simplu, nu şi le puteau imagina.

Un mod de interpretare a acestui aspect este că mecanismele de liniştire au ajuns să fie condiţionate de semnale de ameninţare. Sentimentele de blândeţe şi căldură sunt emanate de sistemul de ataşament social şi, când activăm aceste sentimente, activăm şi acest sistem. Amintiţi-vă că Ferster (1973; vezi şi capitolul 4) a evidenţiat că o emoţie ar putea deveni un stimul condiţionat pentru o alta. De aceea, nevoia de grijă pe care o au copiii şi dorinţele lor de autoalinare (dacă au fost în mod frecvent pedepsiţi) ar putea deveni condiţionate de emoţii negative. Se pare că, pentru anumite persoane, încercarea de a activa sentimente de autoalinare declanşează mecanismele de detectare a ameninţării.

O altă temă care apărea în discuţiile cu persoanele depresive era aceea că, în momentul când începeau să recunoască existenţa sentimentelor de căldură, blândeţe şi a dorinţelor de a se simţi în siguranţă, se activa o întreagă gamă de amintiri emoţionale (ale ataşamentului), care erau dominate de sentimente de tristeţe, abandon şi singurătate. Aceste sentimente declanşau alte sentimente, extrem de puternice, de durere adâncă, pe care încercaseră mult timp să o ţină la distanţă. De exemplu, Jane fusese adoptată din fragedă copilărie, iar mama sa adoptivă fusese dură şi critică faţă de ea. După ce Jane a început terapia centrată pe sentimentul de blândeţe, a avut o amintire spontană legată de momentele când mama ei o bătea şi cum stătea apoi întinsă în patul ei, privind la stele şi imaginându-şi că mama ei biologică venea într-o trăsură să o salveze. De-a lungul anilor, învăţase să evite aceste sentimente şi amintiri, deoarece o copleşeau de tristeţe şi singurătate. Acest gen de experienţe sugerau că mecanismele de liniştire, la fel ca alte mecanisme ale afectului, se pot afla sub un control inhibitor. Mai mult, acest control inhibitor este în mod esenţial autoprotector şi pe măsură ce veţi începe să operaţi cu acele mecanisme de siguranţă, sentimente şi amitiri neprocesate pot începe să iasă la

lumină. Terapeutul trebuie să aibă o viziune clară în privința modului de a trata temerile, tristețea și durerea profundă asociate ideii de atașament și să fie capabil să le țină în frâu, să le normalizeze și să îi permită persoanei depresive să tolereze sentimentele de tristețe pe care probabil le evita (Gilbert și Irons, 2005; Greenberg și Watson, 2006).

Un alt nivel care reprezintă dificultăți pentru mecanismele de liniștire este legat de *convingerile* persoanelor depresive despre ceea ce înseamnă să fii blând, cald și plin de compasiune față de tine însuți. Unele persoane, de exemplu, consideră că nu merită să fie blânde față de ele însele: ar însemna să piardă controlul; dacă ar face-o, ar deveni slabe și vulnerabile; nu ar fi capabile să se „forțeze" să atingă scopul propus. O persoană a descris începutul terapiei centrate pe compasiune ca „lipsit de fermitate" și „lacrimogen". Când oamenii au convingeri negative despre compasiune, terapeutul caută să identifice întotdeauna teama față de amenințare.

Jane: Când încerc să mă concentrez și să fiu blândă cu mine însămi, pur și simplu simt că nu merit așa ceva.

Terapeutul: OK, Jane. De ce te temi să primești ceea ce nu meriți?

Jane: Pentru că o să îmi fie luat sau o să fiu pedepsită.

Terapeutul: Sună destul de înspăimântător.

Jane: Da. Când mă gândesc la acest lucru, înțeleg că așa este. [*Face o pauză*] Ca și cum cineva mă va descoperi și mă va pedepsi.

Terapeutul: Hai să avem compasiune față de această teamă de a fi pedepsită și să observăm cât de trist este acest lucru pentru tine.

Nu am discutat despre ideea de a merita ceva, ci despre frica de primi ceva ce ar putea să-i fie luat. La acest nivel, Jane a început să plângă, iar apoi am explorat felul în care această teamă de a deține ceva pentru care ar putea fi pedepsită sau faptul că își dorea și căuta să aibă lucruri ale ei sau faptul că era blândă cu

sine însăşi, dar simţea că toate acestea îi făceau rău o „însoţise multă vreme". Iată un alt exemplu:

Sally: Acest sentiment de căldură pe care tu încerci să mă ajuți să îl simt – ei bine, nu prea îmi place.

Terapeutul: Ce anume nu îți place în privința lui?

Sally: Mă face să mă simt vulnerabilă.

Terapeutul: Te poți concentra să îmi spui ce înseamnă această amenințare pentru tine?

Sally: Nu ştiu exact, parcă aş lăsa garda jos şi apoi, nu ştiu cum să spun, mă simt ca şi când ceva rău urmează să se întâmple. Ceva rău o să mi se întâmple, din senin.

Terapeutul: OK. Ce ar fi dacă am manifesta compasiune față de teama ta? Încearcă să îți priveşti această teamă – de a nu lăsa garda jos – cu blândețe.

Sally: [*Priveşte în jos şi începe să plângă*] O, nu – nu aici. Mă simt atât de tristă, dar vreau să plâng aici.

La fel ca şi în cazul altor persoane depresive, a fost vorba despre evitare şi teama de tristeţe; ca şi când sentimentul ar fi fost insuportabil şi copleşitor. Sally a continuat să descrie cât de imprevizibili fuseseră părinţii ei şi că „acum mă puteam juca fericită în grădină, iar în minutul următor mama avea vreun acces de furie sau tata venea acasă beat şi trebuia să ne ţinem departe de el. Nu ştiai pur şi simplu niciodată la ce să te aştepţi şi trebuia să fii mereu în stare de alertă". Pentru Sally, căldura îi lasă impresia că renunţă să mai fie vigilentă, impresia marcată de teama „de a se lăsa în voia jocului, fără nici o grijă". Nu numai că acest lucru o îngrozea, dar în acelaşi timp o făcea să recunoască cât de greu îi fusese să fie ea însăşi fără să mai fie dominată de acea teamă. Mai târziu am întocmit o listă cu acele lucruri care o făceau să se simtă tristă: faptul că întotdeauna îi fusese frică în copilărie, că nu avusese părinţi cărora să le pese de ea aşa cum şi-ar fi dorit; fusese victima brutalităţii colegilor la şcoală; mariajul ei eşuase. A fost o şedinţă de consiliere foarte emoţională. Mai târziu, ea şi-a dat seama că nu înţelesese pe deplin cât de multă tristeţe

„adunase în sinea ei". Faptul că începea să manifeste compasiune faţă de propria persoană îi permitea să proceseze aceste sentimente şi experienţe şi i-a oferit şansa unor noi înţelegeri şi sentimente. Era capabilă totodată să înţeleagă ce puncte forte îşi dezvoltase ca urmare a acestor întâmplări din viaţa ei.

Astfel, ar trebui să ne imaginăm ce înseamnă pentru persoanele depresive să încerce să aplice unele tehnici cognitiv-comportamentale, în timp ce pur şi simplu le lipseşte senzaţia de căldură. Am ajuns la concluzia că eforturile lor de a-şi reevalua gândurile negative sau de a dezvolta noi comportamente sunt îndeplinite deseori într-o manieră rece şi uneori ostilă sau brutală. Este ca şi cum singurul mod pe care îl ştiu de a se ajuta pe ei înşişi este autobrutalizarea şi efortul de a se forţa să facă anumite lucruri. Ideea că încurajarea, căldura, sprijinul, blândeţea, bunătatea sunt în egală măsură modalităţi care ne ajută să ne dezvoltăm şi să facem faţă greutăţilor le poate părea absolut inadmisibilă acestor persoane. În general, ele au încercat să se simtă mai bine atingând anumite ţinte, impunându-şi să realizeze ceva, rămânând în stare de alertă şi ţinând la distanţă ameninţările. Totuşi, dacă nu reuşesc să realizeze toate acestea, ele percep lumea din afară (de exemplu, pe cei din jur) ca fiind ostilă şi critică, iar lumea lor interioară devine de asemenea ostilă, critică şi gata să se autoacuze. Nu există scăpare. Depresia este un mecanism de protecţie prin închidere în sine. Cu toate acestea, dacă terapeutul le poate ajuta să îşi dezvolte compasiunea de sine, să le înveţe cum să genereze gânduri, emoţii şi imagini liniştitoare şi să le ofere un anumit „spaţiu" al lor când lucrurile par să îi copleşească, toate acestea pot genera un mod complet nou de a se raporta la ei înşişi.

Dezvoltarea compasiunii faţă de sine

Este evident că există mai multe motive întemeiate ce sprijină centrarea pe compasiunea faţă de sine ca intervenţie terapeutică. În primul rând, mecanismul emoţional de generare a satisfacţiei şi a

alinării poate fi relativ subdezvoltat sau slăbit în cazul anumitor pacienţi şi/sau sub controlul inhibitor generat de teamă, spirit autocritic şi convingeri negative. În al doilea rând, există tot mai multe dovezi că dezvoltarea compasiunii faţă de sine este un proces important în depăşirea dificultăţilor emoţionale şi, în acelaşi timp, favorizează starea de bine. Neff (2003a, 2003b ; Neff, Kirkpatrick şi Rude, 2007) a evidenţiat cum şi de ce compasiunea faţă de sine este diferită de stima de sine (vezi şi Gilbert şi Irons, 2005, pp. 292-293). Stima de sine are tendinţa să se focalizeze pe capacitatea de a face, dobândi şi stăpâni, în timp ce compasiunea de sine se focalizează pe capacitatea de a înţelege, empatiza, recunoaşte şi ierta. În al treilea rând, se depun eforturi tot mai mari de integrare a compasiunii în cadrul unor terapii mai tradiţionale (Allen şi Knight, 2005 ; McKay şi Fanning, 1992 ; Gilbert, 2000c ; Gilbert şi Irons, 2005).

Atributele compasiunii faţă de sine

Am analizat în detaliu ce înseamnă compasiune faţă de ceilalţi şi în mod special în cadrul relaţiei terapeutice în capitolul 7. După cum am menţionat, compasiunea este un proces complex, multifaţetat, având diverse calităţi. Aceste calităţi au evoluat odată cu mecanismele responsabile de manifestare a grijii şi sunt menite să aibă un impact de liniştire asupra recipienţilor (Gilbert, 1989, 2005a). Compasiunea faţă de *sine* implică deprinderea de a direcţiona exact aceleaşi calităţi şi înclinaţii spre sine. Introducerea compasiunii faţă de sine în terapiile standard nu este o idee nouă şi multe terapii au perspective uşor diferite în această privinţă. De exemplu, McKay şi Fanning (1992), care au dezvoltat un program de autoajutorare pe baze cognitive pentru dezvoltarea stimei de sine, precep compasiunea de sine ca pe o formă de *înţelegere*, *acceptare* şi *iertare*. Neff (2003a, 2003b), instruit în psihologie socială şi în tradiţia budistă, înţelege compasiunea *centrată pe sine* ca fiind

formată din constructe bipolare legate de blândeţe, umanitate comună şi conştientizare atentă. *Blândeţea* înseamnă înţelegerea greutăţilor cu care cineva se confruntă, să fii binevoitor şi cald în faţa eşecului sau a piedicilor în loc să manifeşti judecăţi dure şi spirit autocritic. *Umanitatea comună* implică aprecierea experienţei cuiva ca parte a condiţiei umane, şi nu ca o trăsătură personală, care izolează şi induce ruşine. *Acceptarea* atentă înseamnă conştientizarea atentă şi acceptarea unor gânduri şi sentimente dureroase mai curând decât hiperidentificarea cu acestea (vezi şi Allen şi Knight, 2005).

Abordarea mea în privinţa compasiunii îşi are rădăcinile în teoria mentalităţii sociale (Gilbert, 1989, 2000c, 2005a, 2005b). Modelul de compasiune pe care îl aplic sugerează că un comportament plin de compasiune a evoluat din modelul de *acordare a grijii*, dezvoltat iniţial în contextul grijii materne faţă de propriile vlăstare şi, mai târziu, a fost folosit pentru legăturile bazate pe prietenie şi sprijin reciproc (Wang, 2005). Manifestarea grijii faţă de ceilalţi necesită capacitatea de a fi sensibil faţă de suferinţa celorlalţi şi motivaţia de a contribui la starea lor de bine. Pentru destinatar, semnalele primite de la ceilalţi care sugerează că aceştia sunt amabili, înţelegători şi afectuoşi şi îşi oferă sprijin reciproc stimulează mecanismele de alinare şi de siguranţă. Când o mamă este afectată de suferinţa puiului ei, ea se angajează în comportamente care încearcă să calmeze neplăcerea resimţită de copilul ei în cadrul unei relaţii bazate pe roluri. Acesta este genul de relaţie pe care terapeutul caută să o creeze în relaţia sine-faţă-de-sine. Astfel, compasiunea utilizează şi *fixează patternuri* pentru o diversitate de competenţe motivaţionale, emoţionale şi cognitive, care sunt centrate pe grijă. Din raţiuni practice, *cercul compasiunii*, aşa cum este redat în capitolul 7, este reprodus aici conform figurii 11.1. Urmează acum să îl analizăm în funcţie de modul în care ne propunem să ajutăm pacientul să se raporteze la sine într-un mod plin de compasiune – altfel spus, să îşi dezvolte un mod de a gândi ce implică grija faţă de el însuşi în relaţia sine-faţă-de-sine.

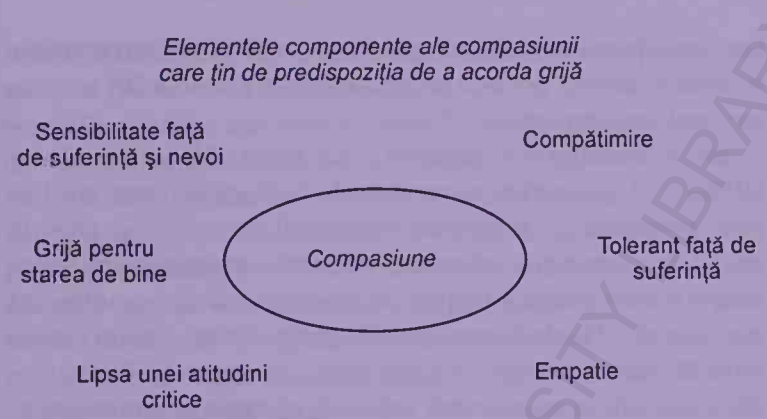


Figura 11.1. *Cercul compasiunii*

Adaptat după Gilbert 2005a, p. 52, reprodus cu permisiune din partea Routledge.

Grija față de propria stare de bine și psihologia pozitivă

Poate părea destul de ciudat, dar unora dintre persoanele depresive le este destul de neclar de ce ar trebui să fie motivate să le pese, să nutrească grijă și să își ocrotească propria persoană. Este posibil să se concentreze pe grija față de alte persoane sau să se apere pe ele însele și să se angajeze în diverse comportamente de siguranță pentru a evita lucrurile neplăcute. S-ar putea concentra totodată să „reușească" să își câștige o anumită poziție socială sau chiar să se autoîncurajeze într-un mod narcisist. Însă grija și preocuparea autentice pentru propria stare de bine sunt lucruri diferite. Prin urmare, este util să discutăm cu pacienții ce semnifică „grija pentru propria stare de bine". În cazul compasiunii, există două semnificații majore: 1) empatia însoțită de dorința de alinare a suferinței; 2) adoptarea unui comportament care să favorizeze evoluția, dezvoltarea și starea de bine a unei persoane. Așadar,

intervenţiile ar trebui să ţină cont de aceste două scopuri esenţiale şi, uneori, acestea pot avea prioritate faţă de alte abordări centrate mai mult pe simptom.

Să ne amintim din capitolul 7 că Fogel, Melson şi Mistry (1986, p. 55) descriau elementele de bază ce definesc nutrirea grijii ca fiind: „...asigurarea îndrumării, protecţiei şi grijii în scopul de a încuraja o schimbare evolutivă corespunzătoare potenţialului scontat pentru schimbare al obiectului căruia i se adresează sentimentul". Totodată, aceştia evidenţiază existenţa a patru dimensiuni de nutrire a grijii. Acestea sunt: 1) alegerea obiectului – către cine sau ce se îndreaptă grija; 2) exprimarea sentimentelor de către cel care nutreşte grija; 3) motivaţia de a nutri grijă; 4) conştientizarea faptului de a nutri grijă. În privinţa celei din urmă dimensiuni, trebuie amintită opinia lor: „Conştientizarea faptului de a nutri grijă poate fi conceptualizată ca nivelul de articulare a conceptelor propriilor procese evolutive ale unui individ şi ale celorlalţi" (Fogel *et al.*, 1986, p. 59). Persoanele depresive se pot simţi atât de rău în raport cu ele însele, încât aceste idei pot părea dificile. Totuşi, ideea de bază este că terapia centrată pe compasiune nu se referă doar la uşurarea suferinţei şi, într-adevăr, uneori, pentru a nutri cu adevărat grijă faţă de noi înşine, pentru a ne dezvolta potenţialul şi starea de bine, trebuie să ne angajăm în înfăptuirea unor lucruri dificile sau dureros de realizat (de exemplu, să învăţăm toleranţa, răbdarea şi acceptarea suferinţei).

Focalizarea pe nutrirea grijii faţă de sine pentru a dezvolta starea de bine şi articularea unor obiective *pozitive în viaţă* este tot mai adesea recunoscută ca un element major al schimbării şi o nouă orientare pentru terapie. În aceste abordări, noi ne propunem nu doar să reducem gândurile, convingerile, sentimentele şi comportamentele de siguranţă negative, dar şi să *încurajăm într-un mod activ sentimentele care însoţesc starea de bine* – abordări cunoscute uneori sub numele *psihologia pozitivă* (Carr, 2004). Mai mult, se manifestă astăzi o diversitate de abordări diferite, care integrează psihologia pozitivă în terapia cognitivă (Snyder şi Ingram, 2006). Evoluţia preocupării, grijii şi compasiunii pentru

sine şi ceilalţi este privită ca un element central în cadrul psihologiei pozitive (Peterson şi Seligman, 2004). În loc să se centreze pe aspectele negative sau defecte, terapiile pozitive se centrează pe dezvoltarea punctelor forte şi a calităţilor. Acest lucru ajută la reorganizarea sistemelor de semnificaţii. În terapia centrată pe compasiune, nu privim depresia sau modul de gândire negativ ca pe nişte „deficienţe", ci mai degrabă ca activarea unor strategii de protecţie care au evoluat pentru a deţine funcţii pozitive/de protecţie. Acestea ne fac deseori să ne „simţim rău", să avem un comportament evitant sau să ne închidem în noi din cauza faptului că exact aceasta este menirea lor. Nu suntem noi de vină că mecanismele noastre de conştientizare a sinelui se pot concentra pe aceste stări negative şi le pot agrava. Astfel, terapia centrată pe compasiune se intergrează mai bine în acest nou context.

Sensibilitatea faţă de propria suferinţă şi faţă de propriile nevoi

Una dintre calităţile la care pacienţii ar trebui să se gândească este modul în care pot fi cu adevărat sensibili faţă de propria suferinţă. De exemplu, când una dintre clientele mele suferea sau devenea anxioasă, începea pur şi simplu să se urască pe sine pentru că „ajunsese în această stare". Uneori, încerca să utilizeze tehnici cognitive de a-şi „controla" anxietatea, însă acestea îi alimentau furia faţă de sine din pricina anxietăţii. Ideea că putea să fie sensibilă faţă de propria anxietate, să o perceapă ca pe o funcţie normală legată de strategiile de protecţie de bază din mintea ei şi că aceasta putea fi tratată cu blândeţe şi delicateţe, abordată direct, mai curând decât evitată, i se părea o alternativă foarte ciudată. Totuşi, treptat, ea a învăţat cum să tolereze anxietatea. A utilizat unele tehnici cognitive şi comportamentale pentru reevaluarea gândurilor anxioase şi unele tehnici comportamentale de practică/expunere, însă a făcut aceste exerciţii cu o voce interioară încărcată de „căldură şi înţelegere". Ea a descoperit că, cu cât era mai

capabilă îşi tolereze propria anxietate, fără să fie critică sau înspăimântată din pricina acesteia şi cu cât era mai blândă cu ea însăşi atunci când era anxioasă, cu atât mai uşor îi era să o ţină sub control.

Importanţa evitării sentimentelor dureroase a fost deja dezbătută de mulţi terapeuţi (Hayes, Strosahl şi Wilson, 2004 ; Linehan, 1993). Unii clienţi se angajează în diverse niveluri de disociere pentru a evita sentimentele dureroase. Când veţi discuta cu aceştia despre terapie, unul dintre lucrurile pe care le vor sugera va fi acela că „a fi sensibil la propria suferinţă" este uneori ultimul lucru pe care şi-l doresc. După cum a fost evidenţiat de alte terapii, unii dintre aceşti clienţi vor încerca să folosească tehnici terapeutice pentru a evita să se confrunte cu problemele, amintirile, vulnerabilităţile emoţionale esenţiale sau să recunoască şi să lucreze pentru satisfacerea propriilor nevoi (Greenberg şi Watson, 2006 ; Hayes, Strosahl şi Wilson, 2004). Din păcate, acestea nu funcţionează foarte bine.

Totuşi, există niveluri diferite ale suferinţei. De exemplu, la un nivel superficial, ar putea fi resimţită o stare de spirit proastă însoţită de anxietate. Pe măsură ce veţi începe să exploraţi mai detaliat la ce fac trimitere aceste emoţii (de exemplu, făcând apel la descoperirea direcţionată şi la lanţurile de raţionamente deductive), se poate ca temerile legate de ideea de abandon şi respingere să devină mai evidente, ceea ce poate fi legat de urmărirea propriilor obiective sau nevoi personale (Greenberg şi Watson, 2006). O abordare centrată pe compasiune faţă de această problemă înseamnă să ajutăm persoana depresivă să se obişnuiască cu aceste temeri (parţial arhetipale), dar să le privească cu destulă compasiune şi o atenţie binevoitoare, în loc să se autoînvinuiască. Acest lucru este de ajutor în procesul de acceptare a sentimentelor dificile, astfel încât pacienţii se pot obişnui să accepte aceste temeri legate de ideile de abandon, singurătate şi respingere şi să le proceseze în moduri noi, pline de compasiune.

Compătimirea

Compătimirea este abilitatea de a fi mișcat emoțional de suferința altora. Când manifestăm compătimire centrată pe *sine* față de propria suferință înseamnă că suntem mișcați de unele lucruri dureroase pe care le-am experimentat. Uneori, pacienții, și chiar terapeuții, pot să confunde compătimirea cu mila față de sine. Mila față de sine conține deseori elemente de dispreț sau un sentiment de furie primit de o nedreptate. Pacienții ar putea izbucni în lacrimi, plângându-se că au fost nedreptățiți. Acest lucru nu înseamnă că ei simt compătimiri pentru propria suferință. Să manifești compătimire față de propria suferință înseamnă să fii într-adevăr mișcat, de exemplu, de cât de îngrozitor este să te simți atât de deprimat sau de cât de teamă ți-a fost în copilărie, când mama te-a amenințat că te va părăsi. Aceasta nu înseamnă să te gândești în continuare cât de rău este sau a fost, într-un mod inutil, ci să dezvolți o înțelegere plină de blândețe, validare și compasiune pentru suferința proprie.

Capacitatea de a procesa aceste sentimente și amintiri și, în mod deosebit, tristețea și durerea pot fi foarte importante. Greenberg și Watson (2006) observă la rândul lor că ar putea fi multă furie neprocesată în astfel de contexte, care trebuie de asemenea explorată și analizată. Prin intermediul compătimirii, noi ne permitem să fim mișcați de propriul trecut și de experiențele trăite în loc să le evităm. Cu toate acestea, dacă procesarea furiei poate distruge aspectele defensive, docile, ajutând oamenii să se simtă responsabilizați și nu subordonați (Greenberg și Watson, 2006; Hackmann, 2005), tocmai compasiunea față de sine (și uneori față de ceilalți; Allen și Knight, 2005) este cea care aduce alinare. Procesarea furiei este probabil asociată cu mecanismele de receptare a amenințării, și nu cu cele de liniștire. În acest fel, vom căuta o modalitate de temperare a furiei (Greenberg și Watson, 2006).

De multe ori, persoanele depresive îmi mărturisesc că înainte fuseseră capabile să recunoască „din punct de vedere rațional"

cât de dificile fuseseră lucrurile pentru ele când erau copii sau cât de greu le-a fost să treacă prin experienţa unui divorţ, dar nu au simţit niciodată cu adevărat prea multă compasiune sau înţelegere pentru acele experienţe. Atât de mult timp pierduseră „adunându-se", „protejându-se" sau „continuând să meargă mai departe", încât nu avuseseră niciodată şansa de a procesa acele experienţe şi suferinţa pe care o resimţiseră. Să fii capabil să faci acest lucru într-un mediu care să îţi asigure siguranţa, să te simţi susţinut de terapeut şi să recunoşti că ai nevoie să îţi dezvolţi bunăvoinţa faţă de propria persoană fuseseră un pas important în însănătoşirea lor şi era în acelaşi timp o experienţă nouă. Dacă intenţionaţi să dezvoltaţi compasiunea faţă de sine, atunci va trebui să vă fie foarte clar spre ce vă centraţi compasiunea.

Compătimirea iniţiază procesul de recunoaştere a suferinţei asociate cu amintirile traumatizante. De exemplu, John le povestise mai multor terapeuţi, într-un mod oarecum detaşat, cum tatăl obişnuia „să îl arunce prin cameră". Actorul de comedie Billy Connolly a utilizat la rândul său astfel de experienţe în spectacolele sale. Totuşi, manifestând compătimire faţă de suferinţă, John a fost capabil să înfrunte amintirea traumatizantă şi să înceapă să admită cât de îngrozit şi de temător era. În acest fel începea un proces de recunoaştere a fricii, furiei şi durerii intense. El devenea capabil să fie mişcat emoţional şi să simtă compătimire faţă de propria poveste de viaţă într-un mod profund. Pentru a putea înfrunta traumele, este nevoie deseori să retrăim emoţia şi senzaţia de singurătate asociate cu acestea. John era capabil să admită că în această experienţă se găsea un sentiment profund de singurătate într-o lume îngrozitor de înfricoşătoare şi ostilă. El recunoştea că în momentele când tatăl lui devenea agresiv, nimeni nu putea să îl ajute. Uneori se ascundea de el cuibărindu-se în pat şi alteori se întâmpla „să se scape pe el" de frică şi atunci era îngrozit de ce avea să urmeze. Ajunsese să se bazeze doar pe sine, să nu se aştepte niciodată sau să nu îşi dorească să fie ajutat de cineva. Această temă este în mod strălucit ilustrată în filmul *Good Will Hunting*. Să operezi cu astfel de experienţe poate fi foarte emoţionant.

Amărăciunea intensă cauzată de un trecut irosit poate fi la fel de importantă. Pe măsură ce pacienţii îşi revin din depresii îndelungate, este posibil să fie cuprinşi de tristeţe şi furie din pricina anilor irosiţi. Este nevoie să verificaţi în acest caz dacă aceste persoane nu manifestă tendinţe de autocritică („Ar fi trebuit să înţeleg cum stau lucrurile şi să îmi revin mai repede"). Cu toate acestea, există un adevăr care trebuie la rândul lui recunoscut, confruntat şi regretat, însă păstrând orientarea spre ziua de mâine – acest mâine este deschis noutăţii şi tuturor posibilităţilor – în locul stăruinţei asupra unui trecut care nu poate fi schimbat.

Tolerarea şi acceptarea suferinţei

Sensibilitatea şi compătimirea faţă de suferinţă sunt componente-cheie ale unui element esenţial al compasiunii, care este toleranţa în faţa suferinţei. Toleranţa afectului a fost esenţială în abordările comportamentale faţă de problemele anxietăţii (Salkovskis, 1996a, 1996b). Cu toate acestea, în terapia centrată pe compasiune, noi ataşăm toleranţei sentimente precum blândeţea şi căldura, astfel încât atenţia se va focaliza asupra *toleranţei pline de compasiune.*

Toleranţa are legătură, dar nu este identică cu acceptarea. Toleranţa este abilitatea de a nu evita emoţiile atunci când acestea se nasc. Acceptarea poate implica toleranţă, dar mai este în acelaşi timp o orientare filosofică profundă faţă de greutăţile cu care ne confruntăm şi este dialectică în raport cu schimbarea (Linehan, 1993). Acceptarea (inclusiv acceptarea de sine) implică în acelaşi timp împăcarea cu o anumită stare de fapt. Mai multe terapii s-au centrat pe toleranţa faţă de suferinţă şi acceptare, ca un aspect esenţial al terapiei, cum este cazul, de exemplu, în terapia comportamental-dialectică (Linehan, 1993) şi terapiile bazate pe acceptare (Hayes, Strosahl şi Wilson, 2004). Acceptarea este absolut diferită de resemnarea docilă. În resemnarea docilă, individul simte că trebuie să „cedeze" în faţa inevitabilului şi se simte neputincios să se împotrivească. Aceste trăiri sunt asociate adesea cu sentimente de

inutilitate sau resentimente. Spiritul acceptării înseamnă „împăcarea" lipsită de disperare şi resentimente.

Comportamentele de siguranţă al multora dintre pacienţi, la fel ca şi gândurile, emoţiile şi strategiile lor au scopul de a evita acele evenimente şi sentimente pe care le consideră copleşitor de dureroase – ei nu vor să le tolereze sau să le accepte. Felul în care anumite evenimente reactivează reacţiile emoţionale şi amintirile copleşitoare din trecut constituie unul dintre motivele pentru care toleranţa poate părea atât de dificilă. De exemplu, unii pacienţi pot chiar să simtă că anumite traume s-ar petrece din nou în clipa de faţă atunci când îşi readuc în memorie amintiri dureroase ale abuzului parental. Aceasta este o problemă specială în cazul sindromului de stres posttraumatic (Brewin, 2006; Clark şi Ehlers, 2004; Lee, 2005). Cu toate acestea, în mod clar, dacă pacienţii nu pot să proceseze aceste amintiri şi să înveţe cum să se simtă în siguranţă *în momentul prezent*, atunci mecanismele lor de detectare ameninţării vor fi în permanenţă în stare de alertă. Unii clienţi vor lua medicamente sau vor consuma alcool pentru a se distrage de la sentimente şi amintiri dureroase. Astfel, toleranţa faţă de suferinţă este modul în care putem începe să abordăm cu grijă aceste comportamente de siguranţă, ajutându-i pe pacienţi să devină sensibili şi înţelegători faţă de suferinţă, în loc să rămână temători şi să se eschiveze.

Empatia

Empatia cuprinde atât o componentă emoţională, cât şi abilitatea de „a înţelege" şi de a intui de ce simţim ceea ce simţim sau de ce ne-am dezvoltat strategiile de siguranţă pe care le deţinem (vezi formularea din capitolul 9). Terapeutul operează cu formularea şi diverse modele, încercând să furnizeze pacienţilor aceste cadre interne de a conceptualiza şi înţelege ce se întâmplă cu ei şi cum se pot ajuta singuri să depăşească depresia. Pe măsură ce indivizii dezvoltă empatie şi înţelegere faţă de propria depresie (de ce eu?,

de ce acum?), acest lucru îi ajută să îşi dezvolte abilitatea de a deveni sensibili, înţelegători şi toleranţi. Această empatie este în acelaşi timp personală (legându-se de propriul trecut al persoanei), dar şi transpersonală, prin înţelegerea naturii înnăscute a unora dintre strategiile de protecţie şi a umanismului nostru comun. Deşi consilierii specializaţi în terapii cognitive vorbesc adesea despre legăturile dintre cogniţie, emoţie şi fiziologie, aceste aspecte nu ar trebui să rămână vagi, ci conectate în mod direct la experienţele pacienţilor. Poate fi foarte util pentru unele persoane să li se explice modul în care operează strategiile de protest-disperare şi cele de recunoaştere a înfrângerii, modul în care acestea se activează şi ne atrag spre un anumit tip de sentimente şi de predispoziţii ale gândirii şi de a simţi lumea (în timp ce mecanismele ce asigură liniştirea sunt reprimate). Totuşi, totul depinde mai mult de cazul respectiv şi în mod special de cât de multe detalii doreşte să cunoască pacientul, cât este de capabil să se angajeze în terapie sau cât este de util.

Empatia este de asemenea o componentă importantă din interiorizarea de către pacient a angajamentului faţă de schimbare. Fără o veritabilă înţelegere empatică a depresiei sale şi ceea ce este posibil să îl ajute şi de ce, terapia se poate reduce doar la executarea unor lucruri pentru că aşa spune terapeutul. Nu este întotdeauna un lucru rău, deoarece uneori, dacă o persoană depresivă se angajează în mai multe activităţi pozitive şi se simte mai bine, acest lucru îi întăreşte încrederea în terapie şi îl face să colaboreze tot mai uşor. Este totodată important ca terapeutul să îşi însuşească spiritul schimbării manifestând entuziasm pentru succesul persoanei. Totuşi, complianţa docilă lipsită de înţelegere nu este prea utilă de obicei.

Empatia poate totodată să însemne începutul înţelegerii motivului pentru care alte persoane s-au comportat într-un anumit fel. După cum am văzut, pacienţii depresivi pot să adopte cu uşurinţă atitudini defensive de autoînvinovăţire în privinţa comportamentului necorespunzător pe care l-au manifestat alţii faţă de ei (vezi capitolul 6). Când dezvoltăm empatie, începem să ne dezvoltăm capacitatea de a conceptualiza ce se petrece în mintea celorlalţi, de exemplu, faptul că părintele nu era furios pentru că ar fi avut

cu adevărat un copil rău, ci era la rândul său depresiv sau întâmpina alte greutăţi. Aceasta este o formă de reatribuire, dar este totodată mai mult decât atât, deoarece se focalizează pe teoria abilităţilor mentale, începând să adopte perspective mai complexe asupra modului în care funcţionează mintea celorlalţi şi ce le ghidează intenţiile, emoţiile, motivaţiile şi acţiunile. Cu toate acestea, avem nevoie de o conexiune emoţională pe lângă înţelegerea intelectuală.

Terapeutul: Privind în urmă acum, când eşti bărbat în toată firea, cum ți-ai explica izbucnirile de furie ale tatălui tău față de tine?

John: Presupun că era ceva în neregulă cu el.

Terapeutul: Aşadar, acum înțelegi că era vorba despre el şi problemele lui emoționale – [*încet*] nu era vina ta.

John: Da, acum înțeleg.

Terapeutul: [*Cu blândețe*] Dar poți să simți acest lucru? Gândeşte-te în continuare la asta pentru moment, John. Opreşte-te la aceste scene din mintea ta – nu era din vina ta. Încearcă într-adevăr să simți – [*foarte încet şi cu blândețe*] că nu era vina ta, John, nu era vina ta.

Încet, John a început să plângă, şi astfel am păstrat tăcerea pentru o vreme. Mai târziu, el mi-a spus că „ştiuse întotdeauna" în mintea sa, dar nu şi în inimă, şi că după şedinţa respectivă se simţise foarte trist, dar „împăcat cu sine într-un mod neaşteptat". Astfel, o înţelegere pe deplin empatică înseamnă mai mult decât una raţională.

Lipsa unei atitudini critice

În cadrul procesului compasiunii, cheia o reprezintă abilitatea de a dezvolta o atitudine îngăduitoare faţă de depresie şi alte greutăţi cu care persoana depresivă se confruntă în viaţă. Nu este un fel de a spune că nu ar trebui să avem preferinţe, ci mai degrabă, de a sugera că ar fi benefic să renunţăm la învinovăţire şi spirit critic. Conştientizarea atentă este deseori privită ca o modalitate utilă de

a deveni conştient, însă lipsit de atitudine critică în privinţa gândurilor noastre (Allen şi Knight, 2005; Neff, 2003a, 2003b; Segal *et al.*, 2002). Cu toate acestea, în terapia centrată pe compasiune, debarasarea de această tendinţă de a judeca se dezvoltă dintr-o empatie şi o înţelegere profunde. Într-adevăr, atitudinea îngăduitoare faţă de sine şi de ceilalţi se naşte în acelaşi timp dintr-o mai bună înţelegere (empatică) a motivului pentru care noi şi ceilalţi ne-am comportat într-un anumit fel. Acest lucru poate implica unele procese care facilitează iertarea (Bono şi McCullough, 2006; Worthington, O'Connor, Berry, Sharp, Murray şi Yi, 2005). Să ierţi înseamnă să te debarasezi de furie şi de dorinţa de răzbunare, dar nu înseamnă acceptare docilă. Să ierţi înseamnă adesea să recunoşti că eşti rănit şi să reuşeşti să treci peste furie. Să îţi ierţi *sinele* înseamnă să te împaci cu fragilităţile şi nevoile omeneşti comune, să recunoşti că strategiile noastre de siguranţă au fost menite să ne protejeze, însă au avut efecte *neintenţionate* (Gilbert, 2000c). Putem chiar să învăţăm să iertăm acea parte din noi care este autocritică – în loc să fim furioşi sau agresivi faţă de ea sau să încercăm să ne descotorosim de ea.

Deşi unii terapeuţi cred că ar trebui să devenim agresivi faţă de latura noastră autocritică şi astfel să resimţim o oarecare uşurare, trebuie să fim precauţi în această privinţă. Este ca şi cum un copil ar învăţa de la părintele său că furia şi agresivitatea sunt modalităţi de a rezolva problemele şi conflictul. Sunt menţinute convingeri de genul bun-rău, fast-nefast. În schimb, putem dezvolta compasiune pentru simţul nostru autocritic în raport cu ameninţările şi fricile noastre. Se creează astfel un nou ton emoţional în sistemul autocritic. Totuşi, doarece compasiunea este dificilă (şi chiar temută), unora dintre noi le este mai uşor să fie asertivi faţă de spiritul critic interior. Cu toate acestea, pe parcursul timpului, acest lucru poate să nu aducă o linişte interioară, ci o prelungire a conflictului. Să abordezi într-un mod asertiv amintirile legate de persoane ostile este cu siguranţă un lucru foarte diferit (Hackmann, 2005). În acest caz, asertivitatea în imagistică este un prim pas util pentru o anumită formă de reconciliere.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Cum se dezvoltă atributele compasiunii față de sine

Când vorbim despre compasiune şi când apelăm la aceasta pentru a ne stimula mecanismele care asigură liniştirea, acest demers se numeşte *dezvoltarea unei predispoziţii faţă de compasiune.* Ne putem autoeduca să manifestăm compasiune prin activarea unor aspecte şi componente diferite ale creierului nostru şi întărirea acestor patternuri – de unde şi analogia cu fizioterapia (Gilbert şi Irons, 2005). Acest lucru se bazează pe ideea că mintea noastră îşi însuşeşte diferite patternuri când se angajează în asumarea diferitelor sarcini, roluri sociale şi interpretarea diferitelor tipuri de semnale. De exemplu, când ne „confruntăm" cu inamici, interesul nostru în privinţa bunăstării lor, sensibilitatea noastră faţă de suferinţa pe care le-o cauzăm, toleranţa şi empatia noastră sunt atenuate. Acest lucru le permite comportamentelor mai agresive, lipsite de simţul vinovăţiei, să creeze patternuri în mintea noastră. Dacă am fi dominaţi de îngrijorare sau vinovăţie, ne-ar fi greu să facem ceea ce trebuie pentru a ne apăra sau pentru a lupta. Unii soldaţi trebuie să se străduiască din greu pentru a scăpa de sentimentul de vinovăţie după ce au ucis oameni (cu alte cuvinte, să îşi inactiveze mecanismele compasiunii), iar armata prevede antrenamente intensive pentru a reuşi acest lucru. Scopul nu este de a dezvolta o schemă, ci o stare mentală. Dimpotrivă, atunci când încercăm să manifestăm grijă faţă de alţii, sistemele agresive de autoprotecţie sunt cele care sunt atenuate. De aceea, în loc să ne gândim la anumite scheme sau convingeri esenţiale, terapia centrată pe compasiune se focalizează pe patternuri care sunt create de o minte dinamică, obişnuită cu schimbările permanente, care este gata să facă faţă diferitelor provocări, să creeze relaţii sociale şi să beneficieze de pe urma oportunităţilor.

Pentru a trece la un pattern centrat pe compasiune, în care diferite aspecte ale minţii noastre (precum suferinţa, sensibilitatea, toleranţa şi empatia) sunt activate şi aduse (modelate) laolaltă, este necesară abordarea unor domenii diferite ale patternului compasiunii. Când

prezentăm ideea centrării pe compasiune, este important să ne întoarcem la cele trei cercuri, astfel încât pacienții să știe exact ce își propun să dobândească. Terapeutul ar putea să le spună: „Dacă ar fi să manifești mai multă compasiune față de tine însuți, ce gen de calități ar trebui să dezvolți sau să lucrezi pentru a le îmbunătăți?". Iar în continuare ați putea să faceți împreună o sesiune de brainstorming în legătură cu acele calități. De exemplu, compasiunea ar putea cuprinde căldură sufletească, iertare și acceptare sau s-ar putea focaliza pe compătimire. Pentru pacient este important să fie implicat în acest dialog. Totuși, puteți să asigurați în același timp îndrumarea și să sugerați o sumă de calități pe care încercați împreună să le scoateți la suprafață și să le dezvoltați (vezi anexele).

Astfel, avem deja un ansamblu de calități pe care încercăm să le dezvoltăm și, în parte, motivul pentru care ne dorim să facem acest lucru este de a aduce organizarea de sine și identitatea de sine într-un pattern al compasiunii. Prin urmare, este bine dacă oamenii sunt capabili să identifice compasiunea ca un scop al identității de sine și nu doar ca o tehnică folosită pentru alinarea simptomelor. Nu este imposibil să apelăm la compasiune pentru aceia dintre noi care doresc doar să se folosească de aceasta pentru a combate simptomele, dar este mult mai ușor dacă aceștia vor începe să înțeleagă cum s-ar potrivi (sau nu) unele forme de efort susținut cu o identitate guvernată de compasiunea de sine. Poate fi extrem de util să ne ajutăm pacienții să înțeleagă că dezvoltarea compasiunii față de sine și ceilalți poate deveni o identitate de sine dezirabilă.

Procese pentru dezvoltarea compasiunii față de sine

Am aruncat o privire asupra diferitelor atribute ale compasiunii. În subcapitolul care urmează ne propunem să analizăm diferite moduri în care ne putem ajuta pacienii, astfel încât aceștia să înceapă să își dezvolte aceste atribute.

Atenția plină de compasiune

Atenţia plină de compasiune înseamnă deprinderea de a ne concentra asupra diverselor indicii senzoriale, imagini şi amintiri pe care le considerăm generatoare de compasiune şi liniştitoare (Marra, 2003). Ar putea fi util să evocăm anumite imagini şi vom explora în curând imagistica asociată compasiunii. Atenţia plină de compasiune înseamnă totodată focalizarea asupra calităţilor importante ale pacientului. Acordarea asistenţei este un proces de alegere a obiectivului pe care pacientul se va centra în demersul său de a ajunge la starea de bine. Astfel, ne putem focaliza pe ceea ce ar putea fi util în momentul de faţă.

Când pacienţii sunt deprimaţi, ei îşi ignoră deseori atributele pozitive; acestea nu intră în câmpul lor de atenţie. De exemplu, o pacientă se simţea rău din cauza furiei. Aşa că am întocmit o listă a atributelor negative şi a problemelor şi, în continuare, am realizat o listă a atributelor sale pozitive. Pe lista pozitivă am menţionat lucruri precum: „Încerc să am grijă de alţii. Sunt o persoană loială. Nu îi înşel cu bună ştiinţă pe alţii. Ceilalţi apelează deseori la mine pentru un sfat. Sunt o persoană la care se poate apela". Acest lucru a ajutat-o să înţeleagă că în timp ce erau anumite lucruri care nu îi plăceau în privinţa ei, mai erau şi alte lucruri pe care le aprecia, precum şi faptul că desconsidera aceste atribute, nu le acorda atenţie. De asemenea, am susţinut că furia se naşte din dezamăgire. Dacă ne vom ajuta pacienţii să îşi îndrepte atenţia spre calităţile lor pozitive (şi nu să le desconsidere), vom face ceva util, îndeosebi dacă aceste calităţi vor fi validate şi reflectate de consilier.

Uneori, clienţii îşi percep depresia într-un mod concret, având cogniţii de tipul: „Aşa sunt eu de fapt". Este important să se discute faptul că fiecare dintre noi deţine potenţialul de a deveni depresiv şi să se remarce convingerile interne tipice care însoţesc depresia. Depresia nu este mai mult sau mai puţin reală decât bucuria, fericirea, iubirea, compasiunea, interesul, umorul sau

alte experiențe interioare. Ființele umane sunt mozaicuri de posibilități și sentimente. De aceea, consilierea schimbă constructul de la „așa sunt eu de fapt" la „aceasta este doar o latură a potențialului meu interior, uman". În acest fel, putem să ne gândim împreună cum am putea păstra atenția echilibrată asupra complexităților ființei noastre.

Gândirea plină de compasiune

Gândirea plină de compasiune este centrată pe modul în care raționăm, judecăm lucrurile sau chiar ne lăsăm purtați de gânduri negative; altfel spus, are legătură cu metacognițiile (Wells, 2000). Gândirea plină de compasiune este menită să ne ajute, să ne încurajeze, să ne sprijine și să ne fie un aliat. Când suntem preocupați de dovezi și deschiși față de noi perspective (ca în terapia cognitivă) devenim plini de compasiune. Cu toate acestea, noi luăm în considerare gânduri alternative față de cele negative și ne tratăm gândurile drept ceea ce sunt de fapt, și nu ca certitudini, nu (doar) pentru că este logic, ci pentru că aceasta este o viziune plină de compasiune. În acest fel, nu (doar) logica este cea care vindecă, ci și *experimentarea* unui fel de a fi plin de compasiune.

Un mod de a exersa gânduri de autoîncurajare este metoda cognitivă a *sfatului către un prieten*. Aceasta înseamnă să ajutăm pacientul depresiv să își schimbe perspectiva despre sine gândindu-se la discuția cu un prieten. Terapeutul poate întreba: „I-ai spune acest lucru unui prieten?". Dacă pacientul face uz de autocritică și se autocondamnă (de exemplu, „Nu am reușit să primesc jobul acesta, nimeni nu o să mă respecte, nu sunt bun de nimic"), atunci adăugați: „Imaginează-ți că un prieten stă așezat pe scaunul acesta. Ți-a povestit despre același eveniment despre care mi-ai vorbit tu mie. Ce i-ai răspunde?". Puteți ajuta clientul să înțeleagă impactul negativ pe care l-ar avea o atitudine la fel de critică față de un prieten precum este cea față de propria persoană. Observați că aspectul esențial este facilitarea unui dialog cu sine

mai constructiv atunci când lucrurile nu merg bine. Gândindu-ne cum am putea să ajutăm un prieten, putem genera idei şi gânduri alternative, utile şi încurajatoare: „O, dacă i s-ar întâmpla aşa ceva unui prieten, aş fi înţelegător. Probabil că i-aş spune...". Aceasta îi ajută pe clienţii depresivi să înţeleagă nu numai că au gânduri autocritice prea aspre, ci şi faptul că, dacă ar schimba perspectiva, ar putea să genereze gânduri şi idei utile şi încurajatoare. Problema nu este că ei nu pot să le genereze, ci mai degrabă ţine de modul în care le aplică şi în care le desconsideră. Dacă ar spune lucruri dure sau ar gândi în acest fel despre un prieten, atunci i-aţi putea spune: „Ei bine, cel puţin eşti consecvent!". Însă după aceea continuaţi să exploraţi cât de nocivă ar fi această atitudine şi ce ar fi într-adevăr util.

Un alt exemplu de gândire plină de compasiune este ceea ce Neff (2003a) denumea „umanitate comună". Când ne considerăm inferiori, singurii şi unicii vinovaţi de incompetenţă sau răutate, ne încărcăm cu sentimentul izolării sociale. Dimpotrivă, dacă ne gândim la umanitatea comună tuturor, ne concentrăm asupra faptului că suntem o parte din condiţia umană, predispuşi la o gamă variată de anxietăţi şi depresii; că persoanele depresive au patternuri de gândire negativă uimitor de asemănătoare; că aceste stiluri de gândire pot părea puternice şi adevărate deoarece partea emoţională a creierului nostru este menită să ne determine să gândim în acest fel şi să nu fim uşor convinşi să gândim într-un alt mod. De asemenea, raţionamentul plin de compasiune ajută oamenii să caute un mod de gândire echilibrat şi să recunoască faptul că în cea mai mare parte gândirea negativă este asociată cu ameninţările principale. Raţionamentul plin de compasiune poate să implice analizarea competenţelor noastre şi a modului în care avem tendinţa să atribuim în mod exagerat cauzalitate sinelui. Multe intervenţii cognitive (vezi capitolul 12) pot fi extrem de utile pentru a dezvolta raţionamentul plin de compasiune, dar menţineţi concentrarea asupra „sentimentelor călduroase" din acestea.

Comportamentul dominat de compasiune

Mulţi specialişti în terapia cognitiv-comportamentală vor ajuta pacienţii să se gândească la „lucrurile utile ce trebuie făcute în această situaţie". După cum am văzut în capitolul anterior, experimentele comportamentale pot fi extrem de valoroase. În unele cazuri, este vorba de a acţiona împotriva unui sentiment (Linehan, 1993). Terapia centrată pe compasiune sugerează exact acelaşi lucru, însă accentul se pune pe compasiune. De exemplu, dacă cineva are o confruntare cu partenerul său, nu vom explora atât de mult lucrul logic sau asertiv ce trebuie făcut, ci care ar fi cel mai util şi plin de compasiune lucru ce poate fi făcut. De exemplu, lăsaţi-i persoanei cu care sunteţi în conflict un moment să se calmeze şi după aceea explicaţi-i cât mai bine puteţi de ce aţi dori să rezolvaţi problema. Reflectaţi asupra motivului pentru care ar putea fi supărată persoana respectivă, aşa cum sunteţi şi dumneavoastră. Cu toţii învăţăm că de fapt compasiunea nu înseamnă o atitudine submisivă. Dacă este important să ne dăm jos din pat şi să trecem la acţiune, atunci ne vom concentra asupra acestui efort ca un lucru ce trebuie făcut din compasiune faţă de voi înşivă, deoarece ne ajută să evităm gândurile negre care ne-ar putea cuprinde dacă am rămâne în pat şi ne poate ajuta să ne simţim mai bine pe termen lung. Astfel (aşa cum ar putea face şi alte terapii) ne concentrăm asupra *utilităţii* şi, în cele din urmă, a aspectului *cultivării* impulsului de a ne încuraja propria persoană pentru a face lucruri dificile. Însă trebuie să resimţim motivaţia de a adopta anumite comportamente ca fiind încurajatoare şi blânde, nu brutale sau forţate.

De asemenea, le vom explica pacienţilor cât de important este să *pună compasiune în acţiunea* lor. Am afirmat că compasiunea implică atât alinarea suferinţei, cât şi încurajarea dezvoltării şi stării de bine. De aceea este important să îi ajutăm pe clienţi să înceapă să dezvolte planuri pentru îndeplinirea unor acţiuni clare, ce îi vor ajuta să îşi uşureze suferinţa pe termen lung, dar care,

în acelaşi timp, sunt focalizate pe dezvoltarea unui stil de viaţă care să le asigure starea de bine. Pentru a face acest lucru, terapeutul trebuie să discute cu pacienţii despre obiectivele lor *pozitive* în viaţă, în ce acţiuni ar considera aceştia oportun să se angajeze, pentru ce să depună efort şi ce anume consideră ei că i-ar putea ajuta să se dezvolte. Uneori, terapeutul trebuie să recurgă la intervievarea motivaţională astfel încât să îi ajute pe pacienţi să îşi articuleze obiectivele pozitive de viaţă.

În urmă cu câţiva ani, am cunoscut o doamnă în vârstă de 80 de ani, care suferea de o afecţiune fizică şi ajunsese să renunţe la diferite activităţi, inclusiv aceea de a decora interiorul bisericii cu aranjamente florale. Deşi se recuperase treptat în urma suferinţei fizice şi în momentul respectiv se simţea doar uşor obosită, fusese sfătuită să „o lase mai moale". Ar fi trebuit să o ajut să accepte că la vârsta ei nu se putea aştepta să mai facă aceleaşi lucruri ca în tinereţe? Când am văzut-o, am înţeles clar că o parte din ea dorea să „trăiască din nou" şi am sfătuit-o pur şi simplu să facă aşa cum simţea şi să nu accepte „vârsta înaintată". Şi astfel şi-a exprimat dorinţa de a se ocupa din nou de aranjamentele florale şi, pe lângă această îndeletnicire, petrecea alte câteva ore pe zi făcând unele dintre lucrurile pe care le făcea altădată. Biserica era mulţumită că se întorsese la vechile ei preocupări, iar prin rolul activ pe care îl îndeplinea acum, reuşise să scape de depresie. Aşadar, sunt momente când ne confruntăm cu marea dilemă de a accepta sau de a schimba situaţia dată (Linehan, 1993). Desigur, într-un anumit sens, acesta este un exerciţiu comportamental simplu şi a fost foarte util pentru ea. Totuşi, centrarea pe compasiune ne-a ajutat să îi înţelegem tristeţea de a nu se mai simţi utilă. În acelaşi timp, i-a fost vindecată depresia, i s-a explicat cum să devină înţelegătoare şi empatică faţă de propria stare de spirit şi cum să acţioneze împotriva acestor simptome.

Acţiunea în spiritul compasiunii poate fi explicată pacienţilor ca o serie de activităţi, cum ar fi lucrurile pe care cineva le poate face a doua zi sau în următoarele două zile, peste o săptămână, o lună sau pe tot parcursul vieţii. Atâta vreme cât aceasta se

focalizează pe starea de bine, ea poate să cuprindă dorința de a face eforturi pentru păstrarea sănătății fizice sau a altor aspecte din viața acelei persoane. Faptul că manifestăm compasiune înseamnă că recunoaștem dificultățile inerente naturii umane, iar compasiunea este un mod de a ne angaja cu delicatețe în lupta vieții. Au fost mulți pacienți care au remarcat că, angajându-se în acest efort, ei s-au schimbat, încetând să mai urmărească diverse realizări și dorindu-și în primul rând mulțumirea de sine.

Urmările unei atitudini pline de compasiune față de sine și față de ceilalți

După cum am remarcat la sfârșitul capitolului 5, în loc să ne gândim că depresia are legătură cu unele deficiențe, putem înțelege că este legată de unele forme de adaptare. Astfel, psihoterapiile se referă la dezvoltarea unor noi modalități de înțelegere și adaptare la universul social și la propriile noastre dispoziții înnăscute. Astfel, ne propunem să explorăm modul în care oamenii pot duce mai departe aceste noi forme de adaptare. În acest fel, pe măsură ce pacientul începe să dezvolte o perspectivă plină de compasiune, poate fi util să observăm cum îl va ajuta acest lucru să se schimbe și să devină tot mai mult așa cum își dorește să fie. Puteți realiza împreună cu pacientul o listă despre modul în care o perspectivă plină de compasiune îi va schimba viața:

- Va influența modul în care vei simți și te vei raporta la tine însuți – ce va fi diferit? Cum vei observa că se întâmplă acest lucru și cum vei profita apoi?
- Va influența modul în care abordezi problemele din viață – ce va fi diferit? Cum vei observa că se întâmplă acest lucru și cum vei profita apoi?
- Va influența modul în care interacționezi cu ceilalți – ce va fi diferit? Cum vei observa că se întâmplă acest lucru și cum vei profita apoi?

- Va influența modul cum îți alegi și urmărești obiectivele în viață – ce va fi diferit? Cum vei observa că se întâmplă acest lucru și cum vei profita apoi? (Obiectivele pot fi pe termen scurt – în următoarele zile, săptămâni sau luni – sau pe termen lung și chiar pentru tot restul vieții.)
- Va influența modul în care faci față obstacolelor și crizelor în viață – ce va fi diferit? Cum vei observa că se întâmplă acest lucru și cum vei profita apoi?
- Va influența oricare alte aspecte de viață care sunt importante pentru tine – ce va fi diferit? Cum vei observa că se întâmplă acest lucru și cum vei profita apoi?

Explorați alături de pacientul dumneavoastră modul în care ar putea să integreze compasiunea în viața de zi cu zi. Cum am putea remarca blocajele în calea unei existențe pline de compasiune și să acționăm în spiritul compasiunii pentru a le îndepărta? Acest lucru ne ajută să înțelegem că putem dezvolta aptitudini pentru un mod de viață plin de compasiune, care să ne ofere avantaje reale – însă acest lucru necesită atenție și exercițiu. Merită să faceți acest exercițiu pentru binele vostru și să remarcați ce avantaje vă aduce. Alocați timpul necesar pentru a vă gândi temeinic la aceste chestiuni (vezi anexele). Aceste întrebări vă pot fi de asemenea de folos pentru meditație.

Imagistica asociată compasiunii

După cum am menționat mai sus, imagistica poate fi un aspect important al atenției pline de compasiune. Pentru multe persoane depresive, simpla explicare a valorii pe care o au compasiunea și dezvoltarea unei viziuni calde și pline de compasiune față de sine este suficientă pentru a reuși să le atragem în acest demers. Ele vor înțelege rapid cât de importantă este chestiunea cu reexaminarea propriilor gânduri negative, confundarea sentimentelor dureroase sau experimentarea unor comportamente noi în moduri pline de compasiune și grijă față de sine.

Totuşi, pentru unele persoane, acesta este un lucru foarte dificil, chiar înspăimântător. S-ar putea să fie nevoie să ne ajutăm pacienţii să resimtă compasiune şi căldură faţă de sine pentru prima oară şi să îşi depăşească frica. Relaţia terapeutică şi centrarea delicată asupra compasiunii pot ajuta, dar, pentru a genera sentimente de compasiune faţă de sine într-un mod mai direct putem să apelăm la imagistică. Unii terapeuţi care abordează pentru prima oară terapia centrată pe compasiune sunt adesea tentaţi să lucreze cu imagini. Este important totuşi să sublinem faptul că această metodă este inclusă în alte terapii centrate, cum ar fi teoria cognitiv-comportamentală şi teoria comportamental-dialectică şi, prin urmare, nu este o terapie în sensul propriu al cuvântului. Nici imagistica nu este principala sa componentă. Terapia centrată pe compasiune este o modalitate de a urma terapia şi de a conduce procesul terapeutic.

În capitolul 6 am subliniat faptul că imaginaţia este esenţială pentru atât de multe lucruri pe care le realizează fiinţa umană. Mai mult, imaginaţia poate stimula sistemele noastre fiziologice (Singer, 2006). Dacă ne imaginăm o masă încărcată atunci când ne este foame, ne putem stimula saliva şi sucurile gastrice; dacă avem fantezii cu conţinut sexual, putem stimula starea de excitare sexuală. Logica din spatele imagisticii pline de compasiune nu este cu mult mai complicată de atât. Imagistica este un mijloc puternic de generare a emoţiilor, a noilor capacităţii de înţelegere şi efecte fiziologice (Holmes şi Hackmann, 2004). Imagistica este adesea folosită în cercetarea fMRI* pentru a stimula diferite arii ale creierului (George, Ketter, Parekh, Horwitz, Hercovitch şi Post, 1995; Schwartz şi Begley, 2002), astfel încât noi ştim că are aceste însuşiri. Rein, Atkinson şi McCraty (1995) au analizat impactul imaginilor asociate cu furia şi a celor ce sugerează compasiune asupra unui indicator al funcţiilor sistemului imunitar numit S-IgA. Imagistica asociată furiei a avut un efect negativ asupra S-IgA (de aceea este bine să reţineţi acest aspect dacă aveţi de-a face cu furia), în timp ce

* Functional Magnetic Resonance Imaging (n. tr.).

imagistica plină de compasiune a îmbunătăţit-o. Imagistica plină de compasiune poate realiza astfel multe, inclusiv să modifice sisteme neurofiziologice. Într-un studiu recent, Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus şi Palmer (2006) au cerut studenţilor să se lase absorbiţi de două forme de imagistică. În cadrul primului exerciţiu li se cerea să îşi imagineze o latură autocritică a sinelui, ca şi cum ar fi fost o persoană, să observe cum arăta şi cât de puternică şi agresivă părea. Cealaltă sarcină le cerea studenţilor să îşi imagineze o latură plină de compasiune a sinelui şi să observe cum arăta şi cât de puternică şi de amabilă părea. Am descoperit că studenţii predispuşi la autocritică şi-au imaginat cu uşurinţă şi intensitate o imagine autocritică puternică şi ostilă, dar au făcut eforturi să îşi imagineze o latură plină de compasiune a sinelui. În cazul studenţilor care nu manifestau tendinţe autocritice, s-a observat contrariul – imaginea autocritică nu era la fel de puternică, iar imaginea plină de compasiune era uşor de generat şi le era uşor să simtă căldura transmisă de aceasta. Ne-am bazat pe aceste rezultate pentru a presupune (pe cât era posibil) că persoanele autocritice nu numai că au acces mai uşor la aceste imagini şi sentimente puternice şi ostile raportate la sine, dar în acelaşi timp au un acces limitat la mecanismele de autoliniştire. De asemenea, Gilbert şi Procter (2006) au descoperit că pacienţii lor care urmau un tratament ambulatoriu la spital nu întâmpinau nici o dificultate imaginându-şi partea lor critică (partea adesea extrem de ostilă), dar făceau eforturi mari pentru a da o formă sau un sentiment imaginilor compasiunii faţă de sine (vezi şi Gilbert şi Irons, 2004). Astfel, s-ar putea să fie important să ajutăm persoanele cu un ascuţit simţ autocritic să dezvolte imagini pline de compasiune faţă de sine, ca un mod de a accesa mecanismele de liniştire.

Ideea este că, dacă putem crea imagini care să conţină semnale, indicii sau stimuli importanţi, putem fi capabili să stimulăm sistemul afiliativ de liniştire. Generarea imaginilor şi fanteziilor reprezintă astăzi modalităţi majore de lucru cu o diversitate de dificultăţi psihologice (Frederick şi McNeal, 1999; Holmes şi Hackmann, 2004; Singer, 2006). Într-adevăr, timp de mulţi ani, behavioriştii s-au folosit de imagistică pentru a facilita noi deprinderi

și pentru a induce desensibilizarea. În imagistica plină de compasiune, noi nu încercăm (doar) să slăbim un mecanism emoțional negativ în fața amenințării, ci să întărim un sistem emoțional – mecanismul de liniștire. De aceea, îi vom spune pacientului nostru: „Când suferim, atenția noastră poate fi atrasă de gânduri și sentimente negative. Dacă acestea sunt autocritice, viața poate deveni foarte neplăcută, deoarece nu mai există nici un loc sigur sau liniștitor în care mintea noastră își poate găsi refugiu". Terapeuții care practică *mindfulness* („conștientizarea atentă") își vor îndrepta eforturile încercând să îi ajute pe pacienți să rămână atenți la gândurile și sentimentele lor, fără să se lase antrenați de acestea ori să reacționeze împotriva lor (Germer *et al.*, 2005 ; Segal *et al.*, 2002). Totuși, acest lucru este destul de greu de făcut când o persoană este depresivă și ar putea fi mai ușor atunci când pacienții se pricep mai bine să se autoliniștească. Astfel, sugerez că ar putea fi uneori util să exersăm o concentrare diferită a atenției/gândirii noastre, care activează un ton emoțional incompatibil cu depresia și anxietatea. Pentru a realiza acest lucru, există două etape, una este imagistica „locului sigur", iar cealaltă, imagistica asociată compasiunii.

Imagistica „locului sigur"

Aceasta poate implică deprinderea relaxării, dar în același timp este mai mult decât atât. Prin imaginarea unui „loc sigur", se induce o stare de relaxare ușoară (dacă pacientul este capabil să o resimtă) și i se cere pacientului să își imagineze un loc care să îi dea senzația de siguranță. Ați putea să întrebați pacientul dacă se simte în acest fel în interior (într-o anumită cameră) sau afară (pe o plajă însorită și caldă), în ce moment al zilei și ce simte (de exemplu, cum este vremea) în legătură cu ziua aceea. Ideea este să ajutăm pacienții să găsească *cât mai multe indicii senzoriale* posibile. De exemplu, dacă își imaginează că se găsește pe plajă în apropierea mării, își va concentra atenția asupra nisipului pe care calcă, a mirosului din aer și a felului în care simte briza ușoară

a mării. Dacă va alege grădina unei case de la țară, se va focaliza asupra mirosului ierbii, a mângâierii firelor de iarbă, a mirosului de flori, a sunetelor scoase de păsări și așa mai departe. Numim această imagine „locul sigur". Ea ar trebui să le asigure pacienților experiența de a se simți în siguranță și relaxați. Trebuie să observați că mintea poate diviza cu ușurință, și când face acest lucru, aduceți-o ușor înapoi, pentru a îndeplini sarcina pe care v-ați propus-o. Efortul de a imagina este mai important decât rezultatul. Unor persoane li se poate părea dificil să își imagineze locul, și în acest caz ar putea folosi o fotografie dintr-o revistă pentru a se transpune în acel loc. Nu uitați că este vorba despre o abordare bazată pe colaborare și invitați pacienții să *descopere* moduri pe care să le resimtă ca fiind utile și care vor funcționa pentru ei. Singer (2006) oferă exemple de moduri în care pacienții pot fi ajutați să facă apel la imagistică.

Personajul ideal plin de compasiune sau ajutorul din interior

Am observat mai devreme că unor pacienți depresivi le vine greu să își îndrepte sentimentele pline de compasiune spre propria persoană. Totuși, ar putea să le fie mai ușor să își imagineze compasiunea fiind direcționată spre ei de către o altă persoană. În acest fel, noi creăm o relație imaginară a sinelui în relație cu o altă ființă care manifestă compasiune. Principiul nu este diferit de situațiile când creăm fantezii legate de alte personaje. De exemplu, dacă dorim să ne stimulăm impulsurile sexuale (să eliberăm hormoni din glanda pituitară), am putea să avem fantezii legate de partenerul sexual ideal și să ne imaginăm că interacționăm cu el. Facem acest lucru deoarece știm că fanteziile ne pot stimula sistemele fiziologice. Fanteziile în care interacționăm cu un personaj plin de compasiune sunt menite să ne stimuleze mecanismele de liniștire.

În psihologia budistă există o îndelungată tradiție a imagisticii legate de compasiune, cu diverse imagini ale lui Buddha cel plin

de Compasiune, asupra cărora se concentrează şi meditează (Ringu Tilku Rinpoche şi Mullen, 2005). Leighton (2003) a analizat câteva dintre aceste imagini în multiplele lor forme şi ne oferă o idee iluminatoare, cum că ele sunt menite să stimuleze anumite patternuri arhetipale (înnăscute) ale sentimentelor, trăirii şi „fiinţării" în noi înşine. Această concluzie se potriveşte pefect cu ideea că imagini diferite, cu indicii senzoriale diferite stimulează patternurile noastre fiziologice. Filosofia budistă Mahāyāna suţine la rândul său că „universul" este plin de bodhisattva (entităţi care au ajuns la diverse niveluri de iluminare plină de compasiune) şi individul poate intra în armonie cu aceştia, dăruind un sens de călătorie împărtăşită, sprijin reciproc şi comuniune spirituală – unde toţi caută iluminarea prin compasiune cultivată în mod conştient. Nu ştiu dacă aşa ceva există cu siguranţă, dar este o idee interesantă şi liniştitoare, iar ea ilumineză forţa acestor imagini în multe culturi.

Mai există de asemenea şi diferite practici care apelează la imagini şi care sunt cunoscute sub denumirea de meditaţie a iubirii necondiţionate* (Salzberg, 1995). Meditaţia iubirii necondiţionate a fost încorporată în practicarea stărilor de conştientizare atentă cu rezultate eficiente (Shapiro, Astin, Bishop şi Cordova, 2005). Totodată, există o diversitate de tehnici de imagistică pe care diferiţi terapeuţi le-au găsit eficiente pentru fortificarea eului, iar atunci când lucrăm cu persoane depresive poate fi util să cunoaştem şi aceste practici (de exemplu, vezi Frederick şi McNeal, 1999).

În lucrul în cadrul terapiilor centrate pe compasiune, ajungem în miezul problemei dintr-o perspectivă diferită, care însă nu exclude aspectele spirituale, ci este o abordare concretă. În ceea ce priveşte stilul meu de lucru, îmi doresc să folosesc imagistica pentru a accesa mecanismele de liniştire bazate pe afiliere, în loc să evoc o imagistică cu încărcătură culturală (Gilbert şi Irons, 2005). Astfel, pentru început, ne vom întoarce împreună cu persoana

---

* *Loving kindness meditation* este o practică budistă care cultivă iubirea faţă de noi înşine şi faţă de ceilalţi, extinzând sentimentele de acceptare, înţelegere şi grijă protectoare faţă de starea de bine a celorlalţi (n. tr.).

depresivă la cele trei cercuri şi vom remarca foarte clar că scopul imagisticii pline de compasiune este să încerce să stimuleze mecanismul de liniştire bazat pe efectul calmant al oxitocinei ; şi dacă vom reuşi să facem să funcţioneze acest mecanism şi să facem legătura cu moduri de dezvoltare a unor noi perspective în gândire şi comportament, toate acestea vor ajuta în mod considerabil.

Dacă pacienţii sunt de acord, atunci aceştia vor fi rugaţi să închidă ochii sau să privească spre podea ori afară, pe geam, şi să îşi imagineze cum arată compasiunea. Imaginea va include diverse calităţi despre care am discutat înainte. Pacientul este rugat să „inventeze" propria imagine, care este unică şi reprezintă idealul său. Nu este prea diferit faţă de a avea un ideal în ceea ce priveşte locuinţa, mâncarea sau prietenii – cel puţin la nivelul fanteziei. Un ideal este „ideal" pentru tine şi el include tot ceea *tu* aştepţi de la cealaltă persoană ce manifestă compasiune. Lee (2005) se referă la acest tip de imagine ca fiind acel „personaj perfect care nutreşte grijă" ; alţi terapeuţi se referă la el ca fiind „ajutorul interior" sau „prietenul interior" (Frederick şi McNeal, 1999). Alegeţi denumirea pe care o preferă pacientul dumneavoastră. Cu toate acestea, termenii vor sugera lucruri uşor diferite. De exemplu, „cel care ne poartă de grijă" sugerează ceva cu totul diferit faţă de „călăuza", „ajutorul" sau „prietenul interior" – nu există nici un motiv pentru care nu i-ar putea avea pe toţi dacă aşa vor persoanele respective (cu alte cuvinte, mai multe imagini). Ceea ce este important într-adevăr este relaţia cu acestea şi focalizarea atenţiei noastre, care implică stimularea diferitelor zone ale creierului.

Interesant de remarcat, unora nu le place gândul că o „imagine de tip uman" ar putea îndeplini rolul unei fiinţe pline de compasiune. Acest lucru este valabil pentru persoanele care au fost abuzate sau dezamăgite. Primele imagini pline de compasiune care le are în minte sunt lucruri precum marea, muntele, lumina soarelui, un copac sau un animal. Cu toate acestea, este necesar ca imaginea să capete anumite calităţi, deoarece pentru a trăi experienţa compasiunii faţă de sine, este nevoie de înţelegerea unei minţi „simţitoare", care este capabilă să înţeleagă ce înseamnă experienţa umană. În

acest fel, dacă un pacient își creează imaginea unui animal sau a mării, acestea trebuie să fie într-un anumit fel supranaturale, deoarece trebuie să aibă capacități omenești (chiar supraomenești) pentru a putea înțelege mintea noastră, cu nevoile și spaimele noastre, și trebuie să fie capabile să manifeste căldură sufletească.

Imaginea ideală plină de compasiune reproduce totodată *cercul compasiunii*, altfel spus, imaginea implică o focalizare completă pe grija pentru starea de bine a cuiva; ea este receptivă față de suferință și nevoi și este mișcată de suferința noastră (nu este rece și detașată); poate tolera orice nivel de suferință din noi; manifestă o mare empatie și înțelepciune (altfel spus, înțelege că suntem ființe evoluate, cu nevoi proprii și care se străduiesc cum pot mai bine); acceptă pe deplin ceea ce suntem și cine suntem; și, grație empatiei și înțelegerii sale, nu ne judecă niciodată. Cu siguranță, aceste trăsături sunt ideale – dar tocmai aceasta este ideea (Lee, 2005). Am descoperit că poate fi util să simplifici toate acestea, grupându-le în patru calități, când sunt practicate exercițiile de imagistică: înțelepciune, forță (anduranță), căldură sufletească și lipsa unei atitudini critice (vezi anexele). Trebuie subliniat că toate acestea sunt creații ale acelei laturi pline de compasiune din *propria* noastră minte.

La început, poate fi dificil pentru pacienți să se concentreze asupra imaginilor pline de compasiune. Este un lucru firesc și este normal să dureze ceva timp până când aceștia se vor obișnui. Important este să ne direcționăm atenția spre compasiune în aceeași măsură în care ne concentrăm pe rezultatul final. Chiar dacă o persoană nu poate crea nici un element al vreunei imagini care să reprezinte un personaj înțelept, puternic, cald și tolerant, este important faptul că pacientul își va concentra întreaga atenție și sistemele emoționale cognitive, în încercarea de a activa un astfel de sistem intern. Ceea ce va fi de un real folos este însuși efortul de moment, oricât de mic ar fi acesta. Este important să ajutăm pacienții depresivi să înțeleagă faptul că aceste imagini sunt un fel de reverii și nu „fotografii" clare din mintea noastră. Ele sunt mai curând fragmente pasagere de imagini (Singer, 2006).

Pe măsură ce unele imagini încep să apară, ele pot fi legate de diferite calităţi senzoriale, cum ar fi aspectul imaginii. De exemplu, dacă pacientul creează o imagine „umană", aceasta poate fi o persoană în vârstă, cu părul cărunt, cu ochii de un albastru strălucitor sau căprui, ar putea avea riduri care să-i brăzdeze faţa, dar, în acelaşi timp, poate avea o anumită aură de înţelepciune şi vitalitate fără vârstă. Dacă marea este aleasă ca imagine încărcată de compasiune, atunci va fi imaginată în termenii calităţilor sale vizuale şi tactile (de exemplu, pacientul pluteşte pe valurile ei sau simte cum îi scaldă picioarele) şi, cu siguranţă, este înzestrată cu multă înţelepciune, fiind la fel de bătrână precum însăşi planeta (vezi Gilbert şi Irons, 2005). Pacienţii pot avea mai mult de o imagine şi pot prefera imagini diferite în momente diferite. De asemenea, este demn de remarcat genul imaginii sau dacă aceasta este lipsită de gen – nici masculin, nici feminin. Puneţi următoarea întrebare: „Cum arată imaginea ta plină de compasiune atunci când comunică cu tine? Cum *sună* ceea ce îţi spune atunci când comunică? Cum ţi-ar plăcea să relaţioneze imaginea ta plină de compasiune cu tine şi cum ţi-ar plăcea să relaţionezi tu cu ea/el?" (vezi anexele).

Uneori, oamenii vor avea imagini al unor persoane pe care le cunosc. Este un lucru bun pentru început, dar cu timpul poate să interfereze cu asocieri nedorite, astfel încât concentrarea trebuie să se orienteze spre dezvoltarea unei imagini *unice şi ideale* pentru sine. O persoană se gândea la un moment dat la tatăl ei decedat, care ştia cât de mult o iubise, însă această imagine era întotdeauna însoţită de o durere profundă. În acest caz vom spune că pacientul poate păstra această imagine dacă îşi doreşte, dar că trebuie să încerce de asemenea să aibă alte imagini care nu sunt dominate de astfel de emoţii. Acelaşi lucru este valabil pentru imaginile religioase. Nu vrem să sugerăm că o persoană nu ar trebui să apeleze la astfel de imagini, dar trebuie relevat faptul că ne dorim să creăm o imagine specială, care să fie o latură a propriului sistem plin de compasiune şi că aceasta nu va intra în alte genuri de asocieri. Pacienţii vor înţelege treptat acest lucru.

În ceea ce privește calitățile senzoriale, unora le place să aibă un obiect pe care îl pot ține în mână sau pe care îl pot simți și care funcționează ca un semnal/stimul pentru mecanismul de autoliniștire. Este mai degrabă un fel de obiect de tranziție, în termenii lui Winnicott, sau un stimul condiționat în termeni behavioriști. Aceste obiecte pot fi o cârpă moale, o jucărie sau orice altceva. Uneori, clienților le place să asocieze un miros cu imaginea, cum ar fi cel al unei creme de mâini. Mirosurile pot fi în mod deosebit utile, deoarece au acces direct la „creierul emoțional" și pot acționa ca un stimul condiționat puternic pentru mecanismele de liniștire (Lee, 2005). Astfel, putem aduce imaginea și sentimentul de compasiune în minte și le putem asocia cu semnalele senzoriale tactile și olfactive. Cel mai important este să colaborăm cu pacientul, explicându-i în detaliu semnificația acestor exerciții, astfel încât să devină un participant activ și curios.

Aceste tehnici și descoperirea semnalelor senzoriale pot fi utile pentru persoanele care nu știu cum să se liniștească singure sau care pot să se supraalimenteze, să bea excesiv de mult sau să își facă singure rău încercând să se autoliniștească. În studiul lui Gilbert și Procter (2006) sunt menționate cazuri de persoane care nu reușeau să se relaxeze sau să stea cu ochii închiși din pricina anxietății. În acest scop, am folosit mingi de tenis ca puncte de focalizare senzorială pentru a facilita conștientizarea atentă. Focalizarea senzorială este de asemenea utilizată în terapia comportamental-dialectică (Linehan, 1993). Persoanele depresive pot să țină în mână mingile de tenis și să le exploreze textura atunci când încearcă să se relaxeze și să recurgă la imagistica plină de compasiune. Așadar, în anumite momente, este util să ajuți persoanele depresive să descopere și să folosească astfel de obiecte. Rețineți că finalitatea se referă mai puțin la focalizare în sine, cât la efortul de a o face. Acest lucru îi ajută pe pacienți să evite să evoce în mod forțat imaginile în mintea lor și, în acest fel, să devină demoralizați dacă nu reușesc.

Reformularea în spiritul compasiunii

Atunci când persoanele depresive fac eforturi să genereze alternative pentru gândurile şi sentimentele lor negative, ar putea în primul rând să respire de câteva ori şi să-şi aducă în minte imaginea lor plină de compasiune. După aceea, îşi pot imagina propria imagine plină de compasiune, prietenul lor interior sau cel care le oferă sprijin din interior şi care este gata să ofere alternative, precum şi căldură umană şi compasiune (Gilbert, 2000c). Lee (2005) s-a referit la toate acestea denumindu-le reformularea în spiritul compasiunii. Aceste idei alternative se vor focaliza pe atenţia, gândirea, comportamentul şi trăirea afectivă pline de compasiune, după cum am remarcat mai sus.

O persoană şi l-a imaginat pe „Buddha din interiorul său" şi când a început să înfrunte propriile gânduri negative, a simţit că Buddha îl putea ajuta să „găsească pacea şi tihna". O altă persoană avea o imagine în care se amestecau Buddha şi o zeiţă a Pământului, care era greu de vizualizat, dar care apărea odată ce simţea esenţa căldurii umane. Concentrarea în acest caz nu este doar pe crearea unei imagini, dar şi pe realizarea unor *conversaţii imaginare* interioare. Pacientul îşi poate imagina ce ar putea spune latura plină de compasiune a sinelui despre această situaţie. Prin faptul că intră el însuşi în acest cadru relaţional, poate face mai uşoară generarea unor gânduri alternative, pe care să le simtă utile. La fel ca în cazul tuturor acestor tipuri de „tehnici", este important să ţinem cont de ceea ce consideră util pacientul. Nu toată lumea agreează această abordare, astfel încât trebuie să alegem ceea ce este util pentru persoana depresivă cu care lucrăm.

Redactarea unor scrisori pline de compasiune

Unele persoane depresive se descurcă foarte bine datorită anumitor forme de gândire standard, care le ajută să îşi reevalueze gândurile. Unele dintre acestea sunt menţionate în anexe. Totuşi, unele

persoane preferă o abordare mai narativă. În acest caz, terapeutul își poate încuraja pacientul să scrie scrisori pline de compasiune adresate sieși (Mahoney, 2003). În abordarea prezentată aici, pacientul își imaginează latura lui plină de compasiune cu care comunică printr-o scrisoare. Astfel, scrisoarea ar putea începe în felul următor:

> Dragă X,
>
> Știu că te-ai simțit deprimat în ultima vreme și acest lucru te face să suferi. Este de înțeles că te simți în felul acesta pentru că... (empatie și validare a suferinței)...

Pacientul este apoi încurajat să se gândească la genul de mesaje pe care i-ar plăcea să le audă și care l-ar ajuta. Atunci când abordați metoda acestui gen de scrisori alături de o persoană depresivă, veți încerca să înțelegeți dacă scrisoarea reușește să exprime grija față de starea de bine a acesteia; dacă sugerează receptivitatea față de suferință și nevoi; dacă este impresionată de suferință (altfel spus, să nu fie rece și detașată); dacă poate tolera suferința; dacă manifestă empatie, acceptare și dacă este lipsită de atitudine critică. Se poate să descoperiți că atunci când scriu pentru prima oară o scrisoare plină de compasiune pentru propria persoană, acești clienți nu se pot debarasa de tendința de a critica, obișnuiesc să invalideze și să comande, scriind câteodată lucruri de genul: „Ești supărat pentru că s-a întâmplat așa, dar nu trebuie să lași astfel de lucruri să te copleșească". Așadar, veți discuta acest aspect cu pacientul și veți căuta modalități diferite centrate pe căutarea alternativelor pentru gândurile și sentimentele lor negative (vezi capitolul 12). Redactarea scrisorilor este deseori folosită în abordările constructiviste (Mahoney, 2003), iar scrisorile pot fi adresate unor persoane diferite sau pot fi scrise din perspective diferite. Din nou, observați că pentru a realiza acest lucru este nevoie de schimbarea atenției și conectarea pe metacogniții. O descriere mai completă a acestui proces și un model de scrisoare care poate fi oferit pacientului pot fi găsite în anexe.

Meditații în spiritul compasiunii

Pe parcursul unei şedinţe de terapie poate fi util să se acorde un anumit timp pentru explorarea sentimentelor asociate cu diverse componente ale unei imagini. Astfel, de exemplu, aţi putea spune următoarele:

> Ce ar fi să închizi ochii sau să priveşti în jos pentru un moment şi să îți imaginezi ce ai simți dacă ai fi în contact cu o parte din tine care este preocupată intens de starea ta de bine. Creează-ți imaginea ta plină de compasiune în minte şi imaginează-ți că este exclusiv preocupată de starea ta de bine şi de nevoile tale. Cum te face să te simți acest lucru?

Alocaţi un anumit timp explorării sentimentelor şi gândurilor care se nasc în urma acestui exerciţiu.

> Acum, imaginează-ți cum te simți când experimentezi această parte din tine sensibilă la gândurile şi suferința ta. Cum te simți când te concentrezi pe ceea ce este mai înțelept de făcut pentru binele tău?

Apoi, puteţi să exploraţi „acceptarea pentru binele tău", „căldura umană pentru binele tău" şi aşa mai departe. Rezervaţi o anumită perioadă de timp pentru fiecare element. Nu uitaţi că unele persoane ar putea considera aceste exerciţii dificile sau destul de emoţionante. De aceea, purtaţi-vă cu deosebită delicateţe şi exploraţi natura sentimentelor şi temerilor. De asemenea, unele persoane ar putea aloca timp pentru a medita acasă cu privire la aceste trăsături. De fapt, terapeuţii care recurg la terapia centrată pe compasiune pot face acest exerciţiu ei înşişi şi pot explora aceste experienţe, astfel încât să înveţe la rândul lor să devină centraţi pe compasiunea lor şi să lucreze cu propriile probleme legate de ruşine sau cu alte aspecte problematice. În ceea ce priveşte conştientizarea atentă, este de asemenea important să practicaţi singuri exerciţiile respective.

Compasiune pentru spiritul critic interior

O modalitate de a aborda problema propriului spirit autocritic interior este să manifestați empatie față de acesta. Astfel, când o persoană generează unele gânduri autocritice, și le-ar putea imagina ca provenind din acea parte autocritică a sinelui. După aceea puteți să îi cereți pacientului să își imagineze această parte autocritică a sinelui ca și cum ar fi o persoană. Cum arată? Care este emoția pe care o îndreaptă spre dumneavoastră? Care este cea mai mare teamă a sa? Apoi, îi veți cere pacientului să își imagineze că partea sa plină de compasiune se îndreaptă spre latura critică și îi veți spune următoarele: „Sunt trist că îți este atât de frică că ești nevoit să te manifești atât de aspru. Probabil trăiești într-un loc extrem de rece. Pot să îți înțeleg frica deoarece uite asta (...) ni s-a întâmplat".

Când pacienții procedează astfel, ei îmbrățișează într-un anumit fel o atitudine superioară și dominantă față de cea critică și, în același timp, se concentrează asupra fricii care generează spiritul critic. Multe persoane descoperă că, odată cu această abordare, aspectul critic al sinelui se reduce și imaginea se schimbă. Mai mult, ideea că spiritul lor critic se bazează pe frică este utilă ca punct de reper în viitor. Pacienții învață să intre în contact cu frica din spatele spiritului critic și înțeleg că, într-un fel, autocritica este o reacție de frustrare și panică față de erori sau obstacole.

Dacă spiritul critic este asemenea celui care aparținea unui părinte abuziv, atunci pacientul ar putea spune următoarele: „Tu nu ești tatăl meu, ci o parte din propriul meu sistem, din mine. Nu este nevoie să îmi amintești de el și nici să fii ca el. Te-ai eliberat de povara asta". Toate acestea sunt lucruri pe care le-au afirmat chiar pacienții și le-au considerat utile (vezi Hackmann, 2005). Odată ce pacienții știu ce își propun să atingă (să acceseze mecanismele de liniștire pentru a atenua sentimentul de amenințare și astfel să facă apel la compasiune pentru a confrunta spiritul critic), ei pot deveni foarte inventivi și pot descoperi propriile modalități de a opera cu aceste manifestări de autocritică. Puteți

observa că ceea ce ghidează această abordare sunt conceptele subiacente ale celor trei sisteme ale afectului.

Din nou despre relația terapeutică

Relaţia terapeutică este o sursă importantă de dezvoltare a compasiunii faţă de sine. Prin empatie şi ascultare, terapeutul îi facilitează pacientului experimentarea unei relaţii utile şi caracterizate de acceptare. În acest fel, pacientul interiorizează o mai mare acceptare de sine prin acceptarea şi înţelegerea terapeutului. De asemenea, terapeutul trebuie să-i explice foarte clar cât de important este să se dezvolte compasiunea. Kohut (1977) a subliniat cât de important este să fii o reflectare a pacientului şi să îi permiţi o anumită idealizare. În teoria evoluţionistă, pacientul îşi percepe terapeutul ca pe un specialist pregătit să investească resurse în persoana lui, cum ar fi timp, grijă, energie, aptitudini şi efort pentru a înţelege şi recunoaşte care îi sunt nevoile (Bailey, 2002 ; Gilbert, 1992) şi acest lucru poate fi interiorizat ca o sursă importantă de autovalidare (Gilbert, 1989, 1992). Este important să nu subestimăm relaţia terapeutică ca sursă majoră pentru dezvoltarea compasiunii de sine. De aceea, este util să acordăm atenţie diferiţilor factori care ar putea slăbi capacitatea pacientului de a interioriza experienţa acestei relaţii. Experienţe precum o invidie puternică faţă de terapeut sau îndoieli nerezolvate cu privire la acceptabilitatea pacientului faţă de viziunea terapeutului (de exemplu, ruşinea) pot să blocheze într-un mod semnificativ dezvoltarea compasiunii de sine şi pot să conducă la desconsiderarea experienţei (de exemplu : „Terapeutul îşi face doar meseria ; este prea distant/neutru pentru a putea să mă înţeleagă sau să mă accepte" etc.). Sentimentul de furie neabordată în cadrul consilierii poate face la rândul său dificilă dezvoltarea compasiunii.

Precauţii. Reţineţi în permanenţă că acest tip de terapie se bazează pe colaborare şi că trebuie să explicaţi fiecare pas urmat, verificând

dacă pacientul vostru consideră că este util, întorcându-vă sau mergând înainte pe parcursul discuţiei, observând unde apar blocaje, temeri şi probleme în dezvoltarea compasiunii faţă de sine, fiind creativ atunci când îl ajutaţi să îşi găsească propriul drum. După cum am spus, unele persoane consideră că este foarte dificil să facă acest lucru, întrucât le activează amărăciunea, tristeţea sau frica. Acţionaţi cu precauţie în aceste zone şi doar în ritmul în care persoana depresivă este capabilă să avanseze. Dacă nu va dori să lucreze în acest mod, atunci nu îl impuneţi – propuneţi-l doar ca un experiment comportamental ce merită încercat şi pentru a vedea ce se întâmplă.

Nu uitaţi în acelaşi timp că o terapie centrată pe compasiune este inclusă în alte abordări tradiţionale, cum ar fi teoria cognitiv-comportamentală şi teoria comportamental-dialetică, iar în cea mai mare parte a timpului veţi lucra în aceste moduri (de exemplu, folosind dialogurile socratice şi descoperirea direcţionată, identificarea convingerilor care induc suferinţa, explicarea rolului strategiilor de siguranţă şi generarea ideilor/gândurilor alternative, tratarea modurilor de gândire ca teorii, nu ca adevăruri, aplicarea experimentelor comportamentale, dezvoltarea unor paşi centraţi pe soluţii, înfruntarea amintirilor traumatizante şi folosirea expunerii). Totuşi, veţi face toate acestea păstrând o perspectivă plină de compasiune, acesta fiind motivul pentru care este denumită terapie centrată pe compasiune.

Concluzie

În terapia centrată pe compasiune sunt multe aspecte pe care consilierul le va regăsi în alte terapii. În mod ideal, este vorba despre un mod de lucru ce se poate potrivi cu uşurinţă cu alte metode. Totuşi, terapia centrată pe compasiune se bazează pe un model clar evoluţionist şi al neuroştiinţei şi este în mod permanent actualizată prin cercetări asupra emoţiilor, în special a celor de liniştire şi autoliniştire. În acelaşi timp, este un mod prin care

fiecare se poate orienta singur în relaţia terapeutică, angajându-se şi realizând-o totodată. Avem nevoie de o cercetare ulterioară cu privire la modul în care putem viza sisteme specifice din mintea noastră şi să concepem intervenţii mai eficiente pentru acestea (Gilbert şi Irons, 2005; Linden, 2006). Deşi terapia centrată pe compasiune ne ajută totodată să orientăm pacienţii către un mod de „a trăi în această lume", să ia în considerare valoarea unei identităţi de sine şi să îşi organizeze propria minte, ea este legată de patternuri dinamice ale procesării din mintea noastră. De aceea, pacienţii nu ar trebui reduşi la concepte ale unei scheme sau convingeri esenţiale. Mai mult, după cum spunea Buddha, compasiunea trebuie să fie iscusită, ceea ce în tradiţia budistă înseamnă să „conştientizezi atent", să devii *mindful* şi să îţi dezvolţi înţelegerea în privinţa naturii adevărate a minţii. Cu toate acestea, psihoterapiile pot aduce alte elemente demne de luat în considerare, aşa cum sunt cele explorate în cartea de faţă. Pentru unii pacienţi, acestea au rolul de a îi ajuta să înainteze în călătoria lor, de a fi mai bine pregătiţi să îşi înfrunte problemele prin conştientizare, dacă îşi doresc acest lucru.

În multe terapii centrate este esenţial ca pacienţii să practice exerciţiile în afara şedinţelor de terapie; în acest fel, ei vor fi extrem de concentraţi pe sarcina lor. Antrenamentul unei gândiri pline de compasiune înseamnă exact acelaşi lucru, accentul fiind pus pe practicarea diferitelor sarcini de dezvoltare a compasiunii în afara şedinţelor. Reţineţi totuşi faptul că pentru unele persoane experimentarea compasiunii activează sistemul de ataşament şi declanşează amintiri emoţionale dureroase sau dominate de frică (Gilbert, Liotti, 2007).

Capitolul 12

Centrarea intervențiilor vizând în mod special tendințele autocritice

În mod frecvent, terapeuţii şi consilierii sunt ispitiţi să facă legătura între eforturile lor terapeutice şi anumite terapii şi şcoli de terapie. Cu toate acestea, în mod ideal terapiile ar trebui dezvoltate pe baza înţelegerii noastre faţă de aspectele complexe ale depresiei, iar persoanele depresive ar trebui să beneficieze de o diversitate de intervenţii. Această idee este esenţială pentru termenul inventat de Arnold Lazarus – *terapie multimodală*. De curând, Lazarus (2000, p. 93) prezenta pe scurt acest concept:

> Orientarea multimodală... este întemeiată pe ipoteza că cele mai multe probleme psihologice sunt multifaţetate, multideterminate şi multistratificate, şi astfel, terapia atotcuprinzătoare necesită o evaluare atentă a celor şapte parametri sau „modalităţi": comportament, afect, senzaţie, imagistică, cogniţie, relaţii interpersonale şi procese biologice. Cea mai comună intervenţie biologică este folosirea medicamentelor psihotrope. Prima literă a cuvintelor* care reprezintă cele şapte modalităţi formeaza acronimul atât de potrivit, BASIC I.D.**, deşi trebuie să ne reamintim că modalitatea „D" reprezintă o întreagă panoplie de factori medicali şi biologici.

---

* Este vorba despre cuvintele în limba engleză: *behavior*, *affect*, *sensation*, *imagery*, *cognition*, *interpersonal relationships* şi *biological processes* (n. tr.).

** Identitate fundamentală (n. tr.).

Intervenţiile terapeutice în cazul depresiei amintite până acum şi prezentate în continuare pot fi percepute în termeni multimodali sau, cel puţin, ca intervenţii care abordează diferite modalităţi. Noţiunea conform căreia avem de a face cu patternuri şi activări în multiple domenii este importantă, deoarece trebuie să ne amintim întotdeauna că lucrăm cu „o persoană", şi nu tratăm doar un sistem neurotransmiţător decontextualizat sau o convingere negativă. Ne folosim mintea (prin relaţia terapeutică şi pregătirea pe care o avem) pentru a schimba ceva în mintea altcuiva (o relaţie de validare, moduri noi de gândire şi comportare, reprocesarea unor amintiri emoţionale), ceea ce modifică patternurile sale interne. Ţinând cont de toate aceste idei, putem să analizăm câteva intervenţii specifice care vizează anumite domenii.

Vizarea unor gânduri şi convingeri specifice

Dialogul socratic, descoperirea direcţionată, experimentele comportamentale, dezvăluirea, atenţia faţă de comportamentul evitant şi planificarea pozitivă în viaţă sunt esenţiale pentru diverse terapii centrate, precum teoria cognitiv-comportamentală şi teoria comportamental-dialetică. Un aspect al acestui mod de lucru este să îi ajutăm pe pacienţi să înţeleagă faptul că gândirea noastră este deseori „atrasă" în anumite moduri spre diferite stări de spirit. Raţionamentul nostru poate fi rezultatul unor schimbări emoţionale şi, totodată, poate determina schimbări emoţionale. Ne putem folosi potenţialul pentru reflecţie şi procesare metacognitivă (pe care animalele nu le posedă) pentru a ne atinge scopul, în loc să creăm mai multe probleme? Conştientizarea atentă sugerează că actul de a deveni conştienţi de gândurile noastre, de a ne detaşa de acestea în stare de atenţie şi de a le înţelege ca atare poate fi util (Segal *et al.*, 2002). Dacă ar fi să comparăm conştiinţa cu cerul albastru, iar gândurile şi sentimentele cu nişte nori, am putea învăţa să ne concentrăm asupra cerului, şi nu asupra norilor. Ajungem să înţelegem că unele persoane experimentează depresia ca pe o propagare

a unor unde prin sine, ce creează experienţe, gânduri şi sentimente ce nu par ale lor. Învăţăm să nu identificăm cu sinele orice stare de spirit care ne modelează experienţele. Putem *schimba relaţia noastră* cu gândurile şi sentimentele pe care le experimentăm. Sunt tot mai multe dovezi că terapia centrată pe conştientizare atentă alături de practicieni bine instruiţi poate fi utilă pentru a reduce posibilitatea recidivei în cazul depresiei (Segal *et al.*, 2002). Conştientizarea atentă şi învăţarea de a aborda prin modalităţi noi patternurile interioare ale gândurilor şi sentimentelor care pun stăpânire pe noi pot fi de asemenea incluse în moduri mai tradiţionale de lucru care să ne permită să operăm cu propriile gânduri şi sentimente.

Să luăm în considerare dovezile

Dacă vom înţelege că modul nostru de gândire este deseori „atras" în anumite moduri spre diferite stări de spirit, atunci vom reuşi să ne distanţăm de anumite gânduri şi convingeri şi să cântărim justeţea şi exactitatea lor. Dobândirea şi verificarea dovezilor constituie un element-cheie al terapiei cognitive (Beck *et al.*, 1979; Tarrier, 2006). Acest lucru ajută pacienţii să „se oprească, să considere şi să reconsidere" baza reacţiilor lor automate şi a gândurilor şi să le modifice pe cele obsesive. Totuşi, cum să le reconsiderăm? Am susţinut, personal, că orientarea emoţională pentru reconsiderarea gândurilor noastre ar trebui să fie una bazată pe căldură şi compasiune. Astfel, intervenţiile centrate pe dovezi şi rezolvarea problemelor sunt contextualizate sub forma unor gânduri utile, gânduri liniştitoare, gânduri încurajatoare, gânduri de susţinere.

Există suficiente informaţii?

Atunci când căutăm dovezi pro şi contra unei convingeri, este important să ne asigurăm că există suficiente informaţii pentru a formula judecăţi. Uneori, persoanele depresive se concentrează

asupra unor aspecte minore ale situaţiei şi este bine să încurajăm explorarea minuţioasă. De exemplu, când prietena lui Tim i-a făcut acestuia o vizită, părea deprimată şi distantă. El s-a gândit: „Jenny nu prea avea chef de mine aseară. Sunt convins că nu o mai interesez". Observaţi că se poate deduce că aceasta este *ameninţarea de bază* – respingerea. Unii specialişti în terapii cognitive o numesc „punctul terminus" sau catastrofa, dar dacă veţi reţine faptul că Tim se concentrează asupra unei ameninţări de bază, atunci o să vă fie mai uşor să urmăriţi ideea conform căreia avem de-a face cu sisteme de procesare a ameninţării. În acest sens, ameninţarea din cazul de faţă va începe să declanşeze patternuri psihobiologice, activând o diversitate de temeri, amintiri şi îngustând câmpul atenţiei. Consilierul poate astfel să exploreze modul în care s-a comportat Jenny seara trecută, când s-a întâlnit cu Tim. A oferit ea vreo informaţie despre motivul pentru care era tăcută? A întrebat-o Tim? Dacă vom analiza situaţia, putem descoperi informaţii de genul: „Ei bine, de fapt Jenny este îngrijorată că îşi va pierde slujba". De aici se poate ajunge la căutarea unor alternative, de exemplu: „Jenny era tăcută deoarece se simţea deprimată şi îngrijorată şi are obiceiul să se retragă în ea când este în această stare". Apoi, consilierul poate să îl întrebe pe Tim cum ar putea obţine informaţii, întrebând-o pe Jenny despre ceea ce simte şi ce o îngrijorează. Consilierul ar putea totodată să pună întrebarea: „Ce te-ar putea opri să cauţi mai multe informaţii?". Într-un anumit sens, acest lucru îi face pe pacienţi să îşi suspende judecăţile despre lucruri atunci când sunt dezamăgiţi, în loc să să treacă direct la concluzii – atitudine ce este explicabilă, însă nu şi utilă. Să obţii mai multe informaţii, inclusiv punând pur şi simplu întrebări, este cu adevărat important în această situaţie.

Când suntem deprimaţi, se întâmplă frecvent să personalizăm o situaţie neplăcută şi să ne-o atribuim exclusiv nouă. Când facem acest lucru, uităm că alte persoane au la rândul lor probleme şi îngrijorări ce ar putea să explice mai bine comportamentul lor. Ignorăm un punct de vedere empatic, în spiritul „teoriei minţii", şi ne angajăm într-o proiecţie mai puternică (care este specifică

pentru procesarea amenințării). Să devii o persoană plină de compasiune față de sine și ceilalți înseamnă să recunoști proiecția și să încerci să fii mai deschis față de ceilalți, care sunt și ei, la rândul lor, ființe umane (Allen și Knight, 2005). Aceasta înseamnă să fii cu adevărat curios în ceea ce privește raționamentul și sentimentele *lor.* Când suntem deprimați (și în alte momente), nu este întotdeauna un lucru ușor de realizat și trebuie să îl exersăm.

Să luăm în considerare și să căutăm gânduri și sentimente alternative

Căutarea, generarea și luarea în considerare a alternativelor la gândurile și sentimentele negative sunt aspecte importante prin care putem ajuta pacienții să aibă acces la diferite sisteme de procesare. Aceasta deoarece, pentru a genera și lua în considerare alternative, este nevoie ca pacientul să se detașeze de fluxul de gândire depresiv și să folosească o altă arie a creierului. Uneori, persoanele depresive sunt convinse că există un singur mod de a vedea lucrurile. Ajuns în acest punct, terapeutul îi va explica pacientului că este nevoit să ia în considerare unele *gânduri ca fiind teorii* sau *ipoteze* și cu cât acesta are mai multe teorii și ipoteze, cu atât este mai bine. Este o situație similară perspectivei lui Kelly (1955), prin care pacienților li se explică felul în care să se trateze singuri, ca niște specialiști. Astfel, terapeutul explorează generarea unor idei/perspective alternative. Există multe tipuri de întrebări socratice care pot fi folosite în acest scop (vezi pp. 387-388). De exemplu, Harry, care este student, a anunțat că dă o petrecere în camera lui, însă o parte dintre „prietenii" lui nu au venit. De aici, el a tras concluzia că aceștia nu îl plăceau suficient ca să vină. Din nou, va trebui să luăm în considerare amenințarea principală pe care o resimțea Harry.

Terapeutul: Harry, tocmai ai dat petrecerea și câțiva dintre invitații pe care doreai să îi vezi nu au apărut. Asta te-a deranjat. O explicație ar fi că situația are de-a

face cu persoana ta; că unii nu te plac suficient de mult. Cu toate acestea, hai să analizăm aceste idei mai în detaliu şi să vedem dacă mai exista şi alte motive posibile pentru care aceştia să nu fi venit? Mai ai şi alte dovezi că aceştia nu te plac? De exemplu, cum te tratează ei în mod normal, zi de zi? [*Asigurați-vă că tonalitatea vocii voastre este blândă, „curioasă" şi nu sugerează că Harry este ilogic*].

Harry: În viața de zi cu zi, ei par destul de prietenoşi. Din câte am observat, mă ajută de fiecare dată, dacă îi rog.

Terapeutul: OK, ce alte motive ar mai fi putut avea să nu îți onoreze invitația? Dacă ai fi o persoană neutră şi ar trebui să judeci lucrurile, ce alte motive ar mai fi fost ca ei să nu vină?

Harry: [*Se gândeşte*] Păi, Tom, care mi-aş fi dorit să vină, nu este o persoană de încredere. Are o nouă prietenă şi se poate să fi ieşit în oraş cu ea, să o convingă să ajungă în patul lui.

Terapeutul: Altcineva?

Harry: Sally voia să vină, dar nu era sigură pentru că urma să plece acasă în weekendul ăsta.

Terapeutul: Ai putea să-i întrebi pe oamenii ăştia şi să vezi cam despre ce ar fi vorba? Este dezamăgitor că nu au venit la petrecerea ta, dar asta nu reprezintă neapărat o dovadă că nu te plac – este posibil ca fiecare să fi avut altceva de făcut.

Acestea sunt exemple extrem de simple, cu intenţia de a ilustra tehnicile folosite. Desigur, problemele sunt adesea mai complexe şi la fel este şi suferinţa, însă principiile sunt aceleaşi – să încercăm să atingem un echilibru în modul nostru de gândire. Iar dacă Harry ar fi extrem de narcisist, ar putea crede că ceilalţi ar fi trebuit să renunţe la planurile lor (fie că era vorba despre o prietenă, fie de o plecare acasă în weekend) pentru a veni la petrecerea lui ca o dovadă că îl plăceau. Sau ar fi putut să simtă *invidie* pentru că Tom avea o prietenă şi ar prefera să stea cu ea.

Terapeutul: Mă întreb dacă s-ar putea să fi simțit puțină invidie sau să le porți ranchiună pentru că au preferat să facă alte lucruri în loc să vină la tine.

Harry: [*Cu un aer spăsit*] Poate.

Terapeutul: Ei bine, este perfect de înțeles. Deci presupun că întrebarea este: cum am putea să ne împăcăm cu dezamăgirea noastră şi cu invidia, fără să o înțelegem ca „ei mă resping"?

Observaţi că atunci când ajutăm pacienţii să ia în considerare alternative – în cazul de faţă pentru acţiunile celorlalţi – noi îi învăţăm în acelaşi timp „teoria aptitudinilor minţii", altfel spus, să nu presupună că un comportament dezamăgitor al altora sugerează intenţii negative din partea lor. Cu siguranţă, în realitate, Harry s-ar putea să nu fie atât de popular şi aceasta ar necesita ca noi să lucrăm într-o altă direcţie şi să îl ajutăm să se obişnuiască cu ideea că nu putem fi toţi foarte populari şi că ar fi bine să ne îmbunătăţim aptitudinile de construire a relaţiilor de prietenie. Legată de această idee este tehnica inversării rolurilor.

Inversarea rolurilor

Poate fi foarte util să ajutăm pacientul să se gândească cum ar putea interpreta ceilalţi evenimentele. Astfel, terapeutul poate întreba: „Cum crezi că ar putea reacţiona ceilalţi faţă de această situaţie? Care este explicaţia pentru diferenţa de reacţii?". Dar fiţi atenţi la convingeri de genul: „Sunt convins că ceilalţi ar înţelege cu totul altfel lucrurile, însă asta demonstrează cât de stupid sunt eu". Ideea este că atunci când ajutăm pacientul să înţeleagă lucrurile din perspectiva unei alte persoane, o ajutăm să nu se mai concentreze doar asupra propriei persoane. O altă formă de inversare de roluri ajută pacientul să genereze idei alternative, încurajându-l să ajute pe altcineva, care posedă aceleaşi convingeri ca şi el. De exemplu, să presupunem că un pacient afirmă: „Nu

voi putea niciodată să reuşesc. Nu voi găsi niciodată acel gen de relaţie de care am nevoie. Viaţa mea nu are nici un sens şi este inutilă". Nu uitaţi că această afirmaţie ar putea veni dintr-un sentiment profund de dezamăgire şi poate fi parţial legată de furie (vezi capitolul 8). Consilierul ar putea spune: „Cum ai putea ajuta pe altcineva care se simte dezamăgit şi crede că este prins în capcana de a vedea lucrurile în acest mod?". Dacă pacientul face eforturi să reuşească şi este capabil să vină cu moduri alternative de gândire şi de a privi problema, consilierul poate juca rolul avocatului diavolului, spunând ceva de genul: „Dar să presupunem că persoana ar spune: «Am încercat tot ce era posibil, însă nimic nu a funcţionat», cum i-ai răspunde?". În acest mod, consilierul evită să intre într-un soi de conflict cu pacientul şi, prin inversarea de roluri, îl încurajează pe acesta să exploreze alternative la propriile gânduri negative, în timp ce ajută pe altcineva. Consilierul ar putea continua acest şir de întrebări astfel: „Ce crezi ca ar putea opri această persoană să acţioneze conform ideilor tale?". Astfel, este pregătit un dialog care ajută pacientul să îşi schimbe propria perspectivă.

Notarea pe hârtie

Deseori, clienţii consideră că este util să îşi noteze pe hârtie cum evoluează lucrurile. Acest lucru ajută la încetinirea procesului depresiv de gândire, poate opri spirala depresivă a gândurilor şi întrerupe ruminaţia. În timpul etapelor iniţiale, terapeutul şi pacientul ar putea face acest lucru împreună. Mai târziu, pacienţii se vor descurca singuri. O metodă simplă constă în completarea a două coloane. În coloana din stânga sunt scrise gândurile depresive, iar în cea din dreapta, diverse gânduri alternative. Aceasta este cunoscută sub denumirea de *tehnica celor două coloane*. De exemplu, să presupunem că Harry avea gândul: „Nu o să mă vindec niciodată".

Gânduri depresive	*Gânduri care ajută*
Nu o să mă vindec niciodată	1. Acesta este un gând tulburător şi reflectă fricile şi îngrijorările mele legate de depresie. 2. Faptul că această idee nu îmi dă pace este normal, pentru că asta face depresia, dar mă face să mă simt mai rău şi aş putea să mă autosubminez. 3. Pot să avansez cu paşi mici spre înțelegerea depresiei mele şi eliberarea de ea. 4. Sunt momente când încerc să fac câte ceva pentru mine şi uneori mă simt mai bine – deci depresia mea evoluează încet-încet spre vindecare. 5. Nu am fost întotdeauna depresiv, deci mi-am demonstrat singur că sunt capabil să mă descurc 6. Dacă lucrurile merg prost în acest moment, nu înseamnă că va fi mereu la fel de greu.
Gradul de convingere: 75%	Gradul de convingere: 50%

Pe măsură ce lucrăm pentru a slăbi intensitatea depresiei, atât nivelul convingerii din afirmaţia „nu o să mă vindec niciodată", cât şi frecvenţa apariţiei sale se reduc treptat. Urmează un alt exemplu, despre Jane, care şi-a cumpărat în grabă o rochie şi, când a ajuns acasă, a descoperit că nu i se potriveşte aşa cum şi-ar fi dorit.

Gânduri depresive	*Gânduri care ajută*
Am cumpărat o rochie, dar nu îmi vine. Sunt grasă şi caraghioasă	1. Cât de enervant – este un lucru supărător. 2. Mi se părea că mi se potriveşte în magazin, însă acolo mă grăbeam. 3. Probabil că o pot returna la magazin. 4. Dacă am o rochie care îmi este mai strâmtă, nu înseamnă ca sunt „grasă". 5. Chiar dacă cântăresc mai mult decât mi-ar plăcea mie, multe alte milioane de femei se simt ca mine din cauza presiunilor mass-mediei! 6. Nu există nici o legătură între dimensiunea pe care o ai şi abilităţi.

	7. Faptul că sunt o mamă mereu grăbită, care vrea să facă tot mai multe pentru familia ei şi din când în când cumpără lucruri care nu i se potrivesc înseamnă doar că sunt o mamă veşnic în criză de timp, care din când în când cumpără lucruri care nu i se potrivesc. Este enervant – nimic mai mult.
Gradul de convingere: 70%	Gradul de convingere: 60%

Empatia şi validarea suferinţei noastre

Observaţi că primul lucru pe care îl scriem pe hârtie sugerează empatia faţă de suferinţa noastră. Pentru Harry aceasta suna în felul următor: „Acesta este un gând tulburător şi reflectă temerile şi îngrijorările mele legate de depresie". Pentru Jane suna astfel: „Cât de enervant – este un lucru supărător". Unii terapeuţi ar putea să omită acest aspect şi să nu valideze aceste temeri, frustrări şi sentimente. Astfel încât, înainte să anticipăm alternative, este important să *recunoaştem* şi să manifestăm empatie faţă de temerile, sentimentele şi reacţiile noastre primordiale. Acestea sunt sentimente spontane, în timp ce felul în care le tratăm poate fi însoţit de mai multe previziuni negative şi autoevaluări – denumite metacogniţii (Wells, 2000) şi emoţii secundare, de exemplu, o depresie şi o anxietate mai intense (Linehan, 1993). Pentru a obţine o centrare plină de compasiune este nevoie de o atenţie şi o validare permanente a temerilor şi îngrijorărilor. Să simţi că nu te vei vindeca este foarte înfricoşător, dar, în acelaşi timp, centrarea pe acest sentiment (deşi este de înţeles, pentru că acesta este modul în care ne forţează depresia să gândim) este inutilă şi trebuie să exersăm ceea ce ar fi folositor pentru a contracara această „forţare" impusă gândirii noastre.

Scrisul este necesar pentru a ne clarifica gândurile şi acţionează ca o modalitate de focalizare a dialogului. Este important ca pacienţii să recunoască în coloana alternativelor gândurile şi ideile ca

alternative *adevărate*, şi nu ca o altă formă de îndrumare (de data aceasta venind din partea consilierului sub forma: „Eu cred lucrul acesta, dar de fapt *ar trebui* să cred celălalt lucru"). În clipa în care pacientul se schimbă, adoptând o poziţie docilă, şi simte nevoia de a se supune viziunii în care terapeutul face lucrurile, în loc să existe o colaborare împotriva problemei reprezentate de depresie, acesta va opune rezistenţă. De asemenea, după cum am remarcat în ultimele capitole, este importantă găsirea unei alternative ce provine dintr-o dispoziţie caldă, urmată de concentrarea asupra ei, până când persoana depresivă simte o schimbare afectivă. Simplul fapt de a înţelege raţional despre ce este vorba nu ajută prea mult. Aşadar, îi veţi ruga pe Harry şi Jane să petreacă un timp citindu-şi gândurile alternative, dar să se concentreze pe sentimentele de „căldură", pe măsură ce le citesc.

Instrucțiunile autoritare şi intimidante

Atenţie la ceea ce eu numesc instrucţiuni autoritare. Unele persoane vor genera gânduri alternative, însă pe un *ton emoţional* de furie, dispreţ, dezaprobare sau logică rece. De exemplu, gânduri precum: „Sunt un tip nerealist", „Trebuie să caut dovezi", „Nu are rost să mă simt în felul acesta", „Fac din ţânţar armăsar", „Mintea mea a luat-o razna", „Ar trebui să mă dau jos din pat şi să mă apuc de treabă", „Nu ar trebui să-i las pe alţii să se poarte astfel cu mine", „Ar trebui să fac exerciţiile pe care mi le indică terapeutul meu", „Ar trebui să depun mai mult efort când fac lucrul ăsta" etc. sunt exemple ce par să fie alternative, dar, de fapt, nu dovedesc deloc empatie faţă de suferinţă şi le lipseşte căldura esenţială sau o concentrare pe sprijin, încurajare şi grijă faţă de sine. Deci fiţi cu băgare de seamă la toţi acei „ar trebui" şi „n-ar trebui să". Solicitaţi pacientului să aducă o nuanţare emoţională în mintea sa atunci când generează alternative.

Puteţi verifica dacă aşa stau lucrurile punându-i întrebări precum: „Când iei în considerare ideile şi gândurile alternative,

cum le simţi în mintea ta? Cum le auzi? „S-ar putea să fiţi surprins cât de des persoanele depresive aud şi simt alternative ale gândurilor lor în tonuri furioase, în spiritul îndemnului „fă un efort să te aduni". Jane ne spunea că se gândea la teoria cognitiv-comportamentală ca la un joc al minţii şi dacă putea învăţa să genereze alternative, ele erau de obicei reci şi logice. Îi era foarte greu să se debaraseze de tonalitatea emoţională a afirmaţiei „aceasta este ceea ce ar trebui să gândesc" sau „aceasta este ceea ce Paul doreşte să gândesc eu" sau „acesta este lucrul rezonabil la care trebuie să mă gândesc şi cu siguranţă trebuie să fiu rezonabilă". Aşadar, după cum remarcam în capitolul 11, asiguraţi-vă că pacientul încearcă să imprime căldură şi încurajare în tonalitatea emoţională a alternativelor. Ajutaţi-l să se concentreze asupra acestor sentimente *din* gândurile alternative.

Acordaţi-vă timp să simţiţi *gândul alternativ*

Generarea unui gând alternativ nu este doar o metodă de a dezvolta gânduri noi – gândurile trebuie să aibă un anumit impact emoţional. De aceea, acordaţi-vă timp pentru a atinge acest deziderat. De exemplu, terapeutul ar putea să-i sugereze lui Jane: „Poţi să închizi ochii pentru o clipă şi să te concentrezi asupra acestei viziuni alternative? Hai să o explorăm în detaliu. Încearcă să simţi această idee, că eşti dezamăgită de rochia ta, dar acest lucru nu te face grasă, sau gândeşte-te la faptul că alte femei se pot simţi la fel ca tine. Închipuie-ţi că îţi spui lucrurile astea (sau că altcineva ţi le-ar spune ţie) cu multă căldură şi bunăvoinţă. Să ne oprim la această idee şi să vedem ce simţi".

Dacă pacienţilor li se pare dificil să îşi schimbe sentimentele asociate cu propriile gânduri, terapeutul şi pacientul trebuie să descopere mai multe dovezi împotriva unui gând negativ, dar uneori totul se întâmplă din cauza faptului că terapeutul nu a acordat suficient timp pentru *ca noile idei să îşi facă simţit efectul în interiorul persoanei şi lucrurile să intre pe un nou făgaş.*

Gradul de convingere

Pentru a reuşi să înţelegem că într-adevăr convingerile şi gândurile noastre sunt rareori doar în alb şi negru (100% fie aşa, fie altfel), este util ca terapeutul să exploreze împreună cu pacientul depresiv gradul sau măsura în care acesta crede că un anumit lucru este adevărat. Şi acesta poate primi o evaluare procentuală. Convingerile nu sunt întotdeauna de tipul „totul sau nimic", iar în consilierea persoanelor depresive, terapeutul va constata schimbări ce vor consta mai degrabă în gradul de convingere decât în eliminarea definitivă. Uneori, chiar o schimbare echivalentă de 10% reprezintă o îmbunătăţire majoră. Unora le convine această evaluare procentuală, altora nu, de aceea, important este aici principiul, nu tehnica.

Facilitarea amintirii

Pacienţii depresivi pot avea dificultăţi legate de unele amintiri şi îşi pot readuce aminte cu greu anumite lucruri şi evenimente care să îi ajute. Este un aspect valabil şi pentru terapie. Se poate întâmpla ca aceştia să uite ce s-a întâmplat la ultima şedinţă de consiliere sau chiar în timpul şedinţei aflate în desfăşurare. Prin urmare, este indicat ca aceştia să fie ajutaţi să îşi amintească. Acest lucru se poate realiza dacă pacienţii iau acasă înregistrări ale discuţiilor legate de gânduri, rezumate şi grafice elaborate pe parcursul şedinţei. În acest fel, ar putea să îşi facă singuri unele noi sau să realizeze comentarii despre lucrurile care au fost scrise deja şi să le aducă la următoarea şedinţă. O altă formă de facilitare a amintirii poate fi înegistrarea şedinţei, astfel încât pacientul să o poată asculta şi să noteze observaţii pe marginea ei. Din nou, aceste materiale pot fi aduse înapoi la şedinţa următoare şi dezbătute. Anumiţi pacienţi preferă să aibă înregistrările şedinţelor, alţii, nu. Toate aceste materiale ajută pacienţii să se angajeze într-o practică mai independentă.

Jetoanele

O altă formă de facilitare a reamintirii o constituie jetoanele. Un jeton este un cartonaş alb, de dimensiunea unei cărţi poştale. Pe o faţă a cartonaşului, pacientul va putea nota, alături de terapeut, propriile gânduri. De exemplu, „nu sunt niciodată capabil să fac un lucru atât de bine precum mi-aş dori. Parcă e un făcut să dau greş întotdeauna. Nu sunt bun de nimic. Ce rost mai are să încerc?". În loc să scrie aceste gânduri, pacientul poate să bifeze pe cartonaş fiecare gând, odată ce a avut loc. Pe spate, terapeutul şi pacientul vor nota câteva variante, pe care cel din urmă le consideră utile. De exemplu:

- Am obiceiul să intru în panică şi să fiu frustrat când dau greş, pentru că îmi este frică gândindu-mă la ce s-ar putea ajunge (critică sau respingere). Cred că îmi evocă amintiri cu încărcătură emoţională din copilărie (*empatie faţă de suferinţă*).
- Totuşi, acest impediment este o simplă denivelare a drumului ce trebuie parcurs, nu o definiţie a persoanei mele. Sentimentele mele depresive ar putea încerca să strice tot ceea ce am dobândit până acum, însă pot să fac un pas înapoi şi să privesc toate acestea cu înţelegere şi să îmi dau seama că, de fapt, nu dau greş întotdeauna – doar uneori. Am făcut greşeli înainte şi până la urmă totul s-a rezolvat (*recentrarea atenţiei*).
- „Să dai greş" este o sintagmă în alb şi negru şi se referă de fapt mai degrabă la dezamăgire decât la eşecul lamentabil. În trei luni, voi uita această întâmplare. O să treacă. Oricui i se poate întâmpla să facă greşeli; este omeneşte. În realitate, fiinţele umane sunt atât de mult predispuse la săvârşirea de erori, încât deseori ne străduim să creăm sisteme care să recunoască acest lucru şi să ajute la reducerea lor (gândire îndreptată spre exemple). Este ceea ce putem învăţa din ele şi experienţa de a ne descurca în asemenea situaţii (*gândire utilă*).
- Chiar în acest moment, cel mai folositor lucru de făcut este... (*comportament util*).

Fiecare pacient descoperă forme distincte de alternative utile. Pentru un pacient, apelul la raţiune este util, pentru altul, apelul

la grija față de sine. Uneori, pacienții își spun: „Când m-am uitat pe spatele jetonului meu, ți-am auzit vocea, și acest lucru mi-a folosit". Acest lucru contribuie la interiorizarea unor afirmații de sine pozitive și evocă amintiri emoționale legate de o relație și de experiențe încurajatoare. Treptat, pacienții învață să se concentreze singuri asupra unor alternative. În unele situații, ne putem ajuta pacienții *să tolereze* și *să accepte* sentimente de dezamăgire ca realități inevitabile ale vieții.

Frecvența cu care apar gândurile negative

După cum am remarcat înainte (vezi capitolul 9), este în egală măsură important să explorăm cât de frecvent și cât de mult este cuprinsă o persoană de gânduri sau idei negative. Pe măsură ce starea pacienților se îmbunătățește, ei descoperă că se gândesc din ce în ce mai puțin la aceste lucruri. Terapeutul poate folosi totodată această informație și poate spune: „Având în vedere că astfel de gânduri negative sunt stresante și depresive, înțelegi că dacă *am putea* să reducem frecvența lor, te-ar ajuta, pentru că i-ar da sistemului care te ajută să faci față stresului răgaz să se refacă? Să te gândești profund la unele lucruri negative poate fi ca și cum ți-ai rupe coaja de pe rană, iar vindecarea depresiei va fi și mai dificilă". Încurajați-vă pacienții să devină mai atenți la gândurile negre și să se detașeze de aceasta – identificându-le „când încolțesc în minte". Faptul că se angajează în anumite activități și scriu pe hârtie gândurile, că vorbesc cu terapeutul, că iau în considerare unele alternative, că dezvoltă compasiunea interioară și se concentrează pe imagini pline de compasiune poate fi folositor pentru înlăturarea gândurilor depresive.

Cadre de timp

Acest exercițiu se centrează pe felul în care pacientul se va gândi la un eveniment sau o situație într-un răstimp de șase luni (de exemplu). Un astfel de exercițiu este potrivit când ne confruntăm

cu probleme minore din viaţa de zi cu zi. Faptul că pacientul se proiectează în viitor, atunci când s-ar putea chiar să nu îşi amintească o situaţie care i-a dat bătăi de cap sau vreo piedică care l-a supărat, este folositor, pentru că îl ajută să păstreze o perspectivă rezonabilă. De asemenea, dacă aceste persoane privesc în urmă şi îşi imaginează cum ar fi văzut situaţia, să zicem, în urmă cu şase luni, înainte să fi devenit depresive, poate să înţeleagă că unele dintre perspectivele negative sunt cauzate de faptul că se află într-o „stare de depresie".

Avantaje şi dezavantaje

Este vorba de o abordare care are multe utilizări, fiind folosită în multe terapii diferite. Aceasta ajută pacienţii să îşi dezvolte o anumită motivaţie pentru a se schimba. Ea reuşeşte să scoată în evidenţă unele dileme şi, de asemenea, le oferă pacienţilor o înţelegere clară cu privire la ceea ce i-ar putea bloca şi împiedica să se schimbe. Trasaţi două coloane grupate sub titlurile „Avantaje" şi „Dezavantaje" (sau „Câştiguri" şi „Pierderi"). Apoi enumeraţi ideile în fiecare coloană. Să examinăm un exemplu în privinţa autoînvinovăţii:

Renunţarea la autoînvinovăţire	
Avantaje	*Dezavantaje*
Mă voi simţi mai bine	Aş putea deveni mai furioasă
Îmi voi asuma mai multe riscuri	Aş putea deveni agresivă, ca mama mea (partea mea mai puţin plăcută)
Nu mă voi simţi atât de inferioară	S-ar putea să nu mai văd niciodată care sunt greşelile mele
Voi înceta să îmi fac singură rău	Ceilalţi ar putea să nu mă placă

Nu este ceva ieşit din comun ca unul dintre dezavantajele schimbării să fie acela că pacienţii se văd ajungând să semene mai mult cu o altă persoană, antipatică (altfel spus, o identitate de sine indezirabilă). De exemplu, în acest caz, se întâmpla ca mama pacientului să se învinovăţească pe sine, în schimb, în cele mai

multe cazuri, îi învinovăţea pe copii. Pacienta era îngrijorată că dacă nu se va mai autoînvinovăţi, ar putea ajunge ca propria mamă (antipatică). Astfel, munca de consiliere terapeutică s-a centrat pe genul de învinovăţire (de exemplu, autoînvinovăţire, blamarea unei trăsături sau a unui obicei) şi pe ajutorul dat pacientei pentru a distinge între învinovăţire şi responsabilitate.

Acum, să explorăm un alt exemplu, al unei persoane care îşi dă seama că atitudinile sale perfecţioniste sunt problematice, însă nu reuşeşte să se schimbe:

Renunțarea la perfecționism	
Avantaje	*Dezavantaje*
M-aş putea relaxa M-aş simți mai puțin stresat Aş putea petrece mai mult timp cu familia	Aş putea deveni neglijent Aş pute face greşeli Aş putea pierde şanse de avansare S-ar putea să devin la fel ca toți ceilalți Voi pierde respectul de sine Ceilalți mă vor respinge

Înțelegerea comportamentelor şi convingerilor de siguranță

În cazul prezentat mai sus, pacientul era convins că dacă ar fi devenit mai puţin perfecţionist, şi-ar fi pierdut respectul de sine. Într-un fel, era mândru să fie perfecţionist şi i-ar fi fost ruşine să slăbească din intensitatea acestei însuşiri. Aşadar, deşi era destul de mulţumit (după cum se presupune) că abordasem problema perfecţionismului său, în realitate el nu era capabil să o rezolve până când nu i-a devenit clar ce riscuri presupunea intervenţia, pe măsură ce le înţelegea şi le elimina. Într-un fel, această tehnică, precum în situaţia de mai sus, trimite spre un aspect mult mai important, al dezvoltării unor laturi diferite ale identităţii de sine – şi acest lucru se întâmplă în timp. De asemenea, observaţi cum această nevoie de a fi perfect este legată de diverse comportamente de siguranţă, deoarece ea serveşte la evitarea diferitelor temeri (cum ar

fi teama de a-şi pierde respectul de sine şi de a fi respins de ceilalţi). Deci iată cum această explorare a avantajelor şi dezavantajelor ajută la evidenţierea *temerilor şi comportamentelor de siguranţă, care întăresc imboldul de a atinge perfecţiunea* (Beck *et al.*, 1990). Apoi, consilierul va remarca acest aspect împreună cu pacientul şi amândoi vor analiza posibilitatea de a înfrunta aceste temeri.

De fapt, există multe „riscuri ale schimbării", iar teama de schimbare poate fi un subiect important în consiliere. De exemplu: „S-ar putea să fiu părăsit. S-ar putea să nu îmi placă de mine. S-ar putea să nu îi fiu pe plac lui Dumnezeu. Aş putea deveni la fel ca cei pe care îi antipatizez. Deşi lucrurile merg prost acum, s-ar putea să se înrăutăţească dacă mă voi schimba". *Ambivalenţa faţă de schimbare este un lucru foarte obişnuit*, iar consilierul trebuie să aprecieze aceste aspecte ca fiind nişte dileme dificile. Chiar dacă pacienţii pot să cadă de acord asupra unor obiective în cadrul şedinţei de consiliere, este important întotdeauna să trecem în revistă potenţialele câştiguri şi pierderi pentru a pune în lumină posibilele dezavantaje. Nici un pacient nu se va schimba dacă va simţi în vreun fel că schimbarea îl va face să se simtă mai rău sau îi va destabiliza propria identitate. Discutaţi despre abordarea pas cu pas şi despre experimentele comportamentale pentru a verifica ce se întâmplă şi ce ajută.

Dacă problema se referă la renunţarea la docilitate şi la „nevoia de a satisface convingerile şi comportamentele altor oameni", teama de a proceda în acest mod ar putea fi formulată astfel: „Dacă voi înceta să-i mai pun pe alţii pe primul plan şi mă voi concentra mai mult pe nevoile mele, atunci voi deveni egoist şi antipatic". Sau chiar ideea de a schimba un mod de gândire fundamental se poate raporta la unele comportamente de siguranţă: „Dacă voi renunţa la modul de gândire în alb şi negru, atunci nu aş putea niciodată să ştiu ceva cu siguranţă şi acesta este un lucru periculos". Sau „oamenii mă vor evita".

Un dezavantaj comun asociat cu dezvăluirea unui secret, cum ar fi un abuz din trecut, un avort, un anumit comportament sexual sau de alt tip este: „Dacă îţi voi spune, o să mă dispreţuieşti şi

nu o să vrei să mă mai ajuţi". Aşadar, din nou, păstrarea unor lucruri secrete poate fi legată de diverse convingeri şi comportamente de siguranţă.

Să presupunem că problema ar fi legată de renunţarea la manifestările de furie faţă de ceilalţi sau dezvoltarea sentimentului de iertare (Worthington *et al.*, 2005). Acestea ar putea fi împiedicate din pricina diverselor convingeri, cum ar fi: „Dacă nu mai sunt furios, înseamnă că se poate ierta ceea ce mi-au făcut mie alţii" sau „Este ca şi cum ai spune «nu are nici o importanţă»" sau „O să mă simt lipsit de putere".

Interpretarea avantajelor şi dezavantajelor în acest mod este o ilustrare a faptului că „tehnicile" sunt întotdeauna *în serviciul unui proces* şi nu sunt doar operaţiuni de sine stătătoare. În plus, această modalitate îi permite persoanei să se angajeze într-o *analiză funcţională a convingerilor* care sunt concepute de obicei pentru a ne feri de prejudicii şi ameninţări – de aceea le denumim comportamente şi convingeri de siguranţă. Ajutorul dat pacientului pentru a înţelege că aceste stiluri nu înseamnă lipsă de logică sau tulburare în sine, ci că ele îndeplinesc o funcţie importantă de protecţie poate fi extrem de important pentru schimbarea modului de gândire şi întărirea relaţiei dintre consilier şi client, care se angajează împreună în înfruntarea temerilor ascunse.

Atunci când aşternem pe hârtie toate aceste lucruri, pacientul este capabil să îşi identifice dilemele şi să le fixeze într-un cadru, iar apoi va exista o nouă înţelegere de a face eforturi nu doar pentru a atinge obiectivele, ci pentru a înfrunta şi teama de a atinge obiectivul sau, în mod paradoxal, frica de a reuşi! Uneori, şedinţe întregi pot fi consacrate acestei forme unice de intervenţie şi aceasta este în mod deosebit importantă în intervievarea motivaţională.

Câştigul este doar al altora?

În unele cazuri de depresie este util să luăm în considerare ce posibilitate ar exista ca alţii să aibă de câştigat de pe urma depresiei pacientului. În cadrul diverselor forme de consiliere familială, s-a

remarcat că, pe măsură ce depresia unui membru al familiei se reduce, alte probleme ies la suprafaţă. În urmă cu câţiva ani, când urmam nişte cursuri de instruire în terapia de familie, un coleg, Elspeth MacAdam, care ne făcea instruirea, mi-a dat exemplul unei adolescente a cărei mamă nu se putea hotărî în privinţa implicării într-o relaţie pe termen lung cu un bărbat. Atât timp cât fiica era deprimată, mama avea un motiv să evite problema. În timpul consilierii, adolescentei i s-a sugerat ideea că depresia ei o proteja pe mamă pentru a nu fi nevoită să ia o decizie dificilă. Această idee a avut un efect remarcabil prin reformularea problemei ca metodă de protecţie a mamei (vezi şi Sloman, 2000). Acest lucru nu însemna negarea altor aspecte, cum ar fi teama de a-şi pierde mama dacă aceasta s-ar fi implicat într-o relaţie cu un nou prieten, însă această intervenţie a schimbat centrul atenţiei pe identitatea de sine.

Prin urmare, terapeutul ar putea specula (cu delicateţe) insistând asupra acestor aspecte, în felul următor: „Mă întreb ce are de câştigat soţia/familia ta din faptul că eşti depresiv şi depinzi de ei". La început, pacientul ar putea fi uimit de o asemenea întrebare, însă aceasta poate „să îl pună pe gânduri". Acest gen de întrebare urmăreşte parţial să pună în lumină probleme majore care pot fi implicate în depresie, dar, în acelaşi timp, ajută pacientul să îşi înţeleagă depresia într-o nouă lumină; altfel spus, în mod paradoxal, o atitudine depresivă poate fi de fapt *protectoare* faţă de sine sau oricine altcineva. De exemplu, dacă pacientul nu ar fi depresiv, el ar putea pune capăt unei relaţii. Există astăzi tot mai multe dovezi că depresia acţionează pentru a inhiba comportamentul asertiv, şi acest lucru poate avea efectul de a menţine puterea celorlalţi (Gilbert, 1992). Jane simţea că soţul ei era un bărbat care o sprijinea şi se purta frumos cu ea, dar era un om timid. Fusese uşor deprimată când se căsătoriseră. Odată cu trecerea anilor, depresia ei se accentuase şi urmase mai multe tratamente cu medicamente diferite. Pe măsură ce se simţea tot mai bine (urmând terapia), începuse să îşi dorească să iasă din nou în oraş cu prietenele şi chiar, de ce nu?, să înceapă să se

pregătească pentru un nou job. Tot acest comportament a activat furia generată de invidie şi gelozie din partea soţului ei (teama că l-ar putea părăsi şi că el „nu era suficient pentru ea"). În acest fel, în loc să îşi exprime bucuria pentru că ea se însănătoşise, manifesta tot mai multă dezaprobare pentru ceea ce ea reuşise să devină. Soţul nu reuşea să vadă nici un impediment în comportamentul său sau faptul că, în realitate, el era nesigur. Ea începea să creadă că poate depresia era factorul care îl oprise pe soţul ei să îşi înfrunte propriile sentimente de nesiguranţă.

Acesta este un aspect complex, însă oricine se poate gândi la comportamentul şi strategiile de siguranţă care operează mai curând la nivelul relaţiei decât la cel individual. Totuşi, apelând la procedura avantaje-dezavantaje, putem contribui la punerea în lumină a acestor teme.

Deplângerea şansei sau a idealului pierdut

Unele strategii de siguranţă sunt elaborate în scopul de a evita durerea pricinuită de anumite realităţi şi efortul emoţional generat de nevoia de a le integra şi a ne obişnui cu ele. Când ne ajutăm pacienţii să se schimbe, este util să înţelegem că există posibilitatea ca aceştia să fi dezvoltat o fantezie secretă în legătură cu ceea ce ar putea să câştige perpetuând atitudinile şi comportamentele actuale, dacă ar rămâne blocaţi în ele (de exemplu: „Dacă *aş putea* să îmi duc reprezentaţia la bun sfârşit, atunci aş avea succes. Doar dacă aş avea succes aş fi iubit şi respectat. Dacă aş *putea* fi amabil tot timpul, atunci toată lumea m-ar îndrăgi"). Uneori, pacienţilor le este greu să se obişnuiască cu eşecurile fireşti de care au parte oamenii, deoarece ei îşi doresc să fie superiori altora. Astfel, ei ar evita inferioritatea şi posibila respingere care ar urma inevitabil (Gilbert, 1989, 2000a). Prin atingerea unor obiective înalte sau a unor standarde ridicate, ei îşi imaginează că îşi vor satisface nevoile umane esenţiale, cum ar fi iubirea, acceptarea, respectul şi admiraţia. Societatea noastră competitivă mai curând

alimentează decât infirmă aceste convingeri. De aceea, deseori se întâmplă ca înfrângerea rezistenţei faţă de renunţarea la aceste eforturi să implice nevoia de *a deplânge* aceste posibilităţi ideale pierdute (Gilbert şi Irons, 2005). Abordarea procedurii avantaje--dezavantaje (vezi pp. 540-541) poate fi o modalitate utilă de a ajuta la explorarea acestor aspecte. Probabil că puţine lucruri se vor schimba pentru pacient dacă nu sunt discutate idealurile majore. Cu toate acestea, problema în acest caz este să recunoaştem că necesitatea de a ne domoli strădaniile ne revelează temerile şi amintirile emoţionale esenţiale de singurătate şi respingere. Acest proces poate implica un efort complex de a face faţă durerii profunde.

Abordarea trecutului în terapie

Pentru pacienţi, poate fi folositor să înţeleagă că anumite moduri de a face faţă problemelor au părut la un moment dat potrivite pentru adaptare şi nu sunt dovezi de inferioritate sau prostie. În cazul acesta, putem să recurgem la tehnica celor trei coloane.

Convingere actuală	*Experienţe utile din trecut*	*Alternative utile*
Nu am control asupra propriei mele vieţi.	Părinţii mei spuneau că trebuie să fac întotdeauna aşa cum mi se spune. Am fost nevoit să schimb şcolile deseori din cauza slujbelor pe care le avea tata. Părinţii mei îmi antipatizau deseori prietenii.	Acum sunt adult şi pot să aleg singur. Pot să rămân unde mă aflu acum dacă doresc. Îmi aleg prietenii în funcţie de sentimentele şi preferinţele mele.
Gradul de convingere: 80%	Gradul de convingere: 100%	Gradul de convingere: 45%

În exemplul de mai sus nu este vorba doar de o situaţie în care se aştern pe hârtie anumite lucruri, ci de faptul că folosim coloanele pentru a clarifica semnificaţiile şi experienţele, astfel încât (în acest caz) persoana să înţeleagă de ce totul pare „ca şi când" nu ar avea control asupra propriei vieţi (ceea ce poate să fi fost adevărat la un moment dat), dar acum poate să facă acele schimbări. Acest lucru înseamnă să renunţe să le mai facă pe plac părinţilor sau altor oameni şi să capete mai multă încredere în propriile decizii şi preferinţe. În cazul prezentat mai sus, pe măsură ce consilierea înregistrează progrese, vor apărea schimbări la nivelul gradului de convingere, cu reducerea procentajului în coloana 1 şi creşterea acestuia în coloana a 3-a. Acest lucru arată că, încă o dată, consilierea este *un proces* şi rareori are ca rezultat o schimbare bruscă.

Alte idei pentru analizarea gândurilor în terapie

Ceea ce am prezentat mai sus sunt forme de lucru cu aspecte cognitive, însă mai există unele domenii suplimentare pe care s-ar putea să doriţi să le discutaţi cu pacienţii (Leahy şi Holland, 2000; Tarrier, Wells şi Haddock, 1998):

1. Nu cumva înțeleg greșit natura cauzelor? Cele mai multe dintre evenimente sunt multicauzale.
2. Confundă aceştia un gând sau o idee cu un fapt real?
3. Presupun aceştia că fiecare situație este/va fi similară?
4. Cum ar privi aceştia situația dacă nu ar fi depresivi?
5. Confundă un grad mare de probabilitate cu un grad redus de probabilitate?
6. Sunt sinceri față de ei înşişi?
7. Îşi pun întrebări la care nu există răspunsuri?
8. Ce vor simți în legătură cu acest eveniment peste o lună sau un an?

Aspecte-cheie 12.1. *Vizarea cogniţiilor specifice*

1. Punctul de maximă concentrare îl reprezintă cogniţiile interne, interpretările şi convingerile pacientului.
2. Terapeutul umăreşte să crească gradul de conştientizare a pacientului în legătură cu acestea şi contribuţia lor la starea depresivă.
3. Terapeutul şi pacientul fac eforturi să identifice formele tipice ale stilului cognitiv sau predispoziţiile de gândire (de exemplu, personalizarea, denigrarea gândirii pozitive, gândirea în alb şi negru).
4. Înţelegerea este importantă, însă nu reprezintă principalul scop al abordării. Cogniţiile sunt tratate ca ipoteze şi teorii, nu ca date reale.
5. Terapeutul şi pacientul lucrează împreună, pentru a decide care sunt alternativele convenabile şi utile, în loc să extragă la întâmplare idei.
6. Terapeutul încurajează pacientul să rămână centrat pe alternative din punct de vedere emoţional, până când va simţi că aceste alternative exercită un anumit impact asupra sa.
7. Terapeutul şi pacientul identifică împreună avantajele şi temerile/dezavantajele asociate cu schimbarea.
8. Terapeutul va ajuta în permanenţă pacientul să înţeleagă comportamentele şi convingerile de siguranţă, care pot întări diverse forme de gândire şi comportamente, precum şi avantajele şi dezavantajele lor.

Problema cogniţiilor şi sentimentelor negative faţă de sine

După cum am văzut în capitolul 6, tendinţa autocritică este o problemă majoră în depresie şi are legătură cu sentimentul ruşinii. Aşa cum Beck (1967) şi mulţi alţii au specificat, depresia implică deseori o gândire negativă despre sine. Freud folosea termenul *supraeu* pentru a descrie tendinţa de autoînvinuire (Freud, 1917).

Terapeuţii adepţi ai metodei gestalt sugerează că există o parte în noi înşine care joacă rolul de şef al haitei şi care atacă şi critică şi o parte care joacă rolul oprimatului şi resimte efectele după ce a fost atacat (Greenberg şi Watson, 2006). Behavioriştii se concentrează pe reîntărirea punitivă a sinelui (Rehm, 1988). Terapeuţii adepţi ai teoriilor evoluţioniste se concentrează pe un stil de raportare faţă de sine după modelul dominant-subordonat (Gilbert şi Irons, 2005). Există astăzi nenumărate dovezi în sprijinul ideii că un grad ridicat de autocritică creşte vulnerabilitatea faţă de depresie, influenţează gravitatea simptomelor, măreşte riscul recidivei şi face terapia mai dificilă (Gilbert şi Irons, 2005; Zuroff, Santor şi Mongrain, 2005). În capitolul de faţă vom analiza câteva modalităţi de abordare a problemelor legate de tendinţa către autocritică/autoînvinuire şi gândirea negativă despre sine. O abordare mai complexă, cu o trecere în revistă a literaturii de specialitate şi a motivelor pentru care dezvoltarea compasiunii de sine poate fi un antidot esenţial faţă de autocritică, poate fi găsită în Gilbert (2000c), Gilbert şi Irons (2005) şi Gilbert şi Procter (2006).

Sinele este un sistem multiplu

Poate fi util să explicăm modul în care noi, fiinţele umane, suntem construite din diferite părţi care compun sinele, din motivaţii, dorinţe şi stări de spirit schimbătoare. Pe unii pacienţi această explicaţie îi ajută să înţeleagă că *un conflict interior este ceva firesc*, deoarece urmărim deseori obiective diferite în acelaşi timp. De exemplu: „O parte din mine şi-ar dori să cânte la chitară şi să compună un cântec nou, însă altă parte din mine este conştientă că trebuie să merg la serviciu, pentru că altfel voi fi dat afară", „O parte din mine şi-ar dori să îi răspundă cu aceeaşi monedă şefului care mă tot tachinează, însă o parte din mine este neliniştită că va pierde în acest conflict şi voi fi dat afară". Pornind de aici, este posibil să iniţiem o discuţie pe tema conflictelor interioare şi să ajutăm pacientul să exploreze în detaliu conflictul, în loc să

încerce să îşi inhibe o latură personală cu gânduri precum: „Nu ar trebui să mă simt în felul acesta" sau „Nu ar trebui să îmi doresc să fac lucrul ăsta" (Gilbert, 2000c; Greenberg *et al.*, 1993).

Criticul şi persecutorul interior

Odată ce pacientul dobândeşte înţelegerea naturii diferitelor părţi ale sinelui şi a conflictului interior, am putea sugera că, atunci când lucrurile nu funcţionează cum trebuie, când eşuăm în strădania noastră sau nu suntem aşa cum ne-am dori să fim, simţim un sentiment de dezamăgire şi frustrare. În urma acestei dezamăgiri sau frustrări, ne autoînvinuim. Vă mai amintiţi de Jane, cea care se considera grasă şi proastă pentru că îşi cumpărase o rochie, dar greşise mărimea? Acela era un exemplu de autoînvinuire. Odată ce persoana este capabilă să articuleze verbal gândurile tipice de autoînvinuire, care de obicei reprezintă gânduri intime induse de ruşine (de exemplu: „Sunt un neisprăvit, nu voi face niciodată ceva bun, sunt o nulitate, nimeni nu ar putea să mă iubească"), este posibil ca această parte a sinelui să fie etichetată ca fiind partea care autoînvinuieşte sau entitatea interioară care induce ruşine, criticul sau persecutorul nostru interior (Gilbert, 2000c; Gilbert şi Irons, 2005). Multe persoane depresive pot simţi că cel care le critică sau le spune să le fie ruşine este puternic şi de obicei sunt de acord cu judecăţile sale. În realitate, ele simt că trebuie să se supună propriilor autoînvinuiri şi rareori se simt capabile să „riposteze", să îl provoace sau să aibă compasiune faţă de acesta (Whelton şi Greenberg, 2005).

Cum să ne imaginăm criticul nostru interior

Poate fi util să adresăm persoanei depresive următoarea întrebare: „Dacă acest critic al tău ar fi o persoană pe care ai putea să o vezi, cum ar arăta?" (îndemnându-l să folosească vizualizările).

Uneori, acesta poate să fie asemenea unei persoane reale; alteori, nu se conturează nici o imagine clară, însă pacientul deține un sentiment al prezenței persecutorului interior. Uneori, pacientul poate să îl identifice în vocea unuia dintre părinți sau a unei alte persoane care l-a criticat și l-a umilit. În mod obișnuit, persoanele depresive fac acest exercițiu cu ușurință și fac apel la descrieri precum: mare, puternic, întunecat, amenințător, cu o față furioasă sau cu un zâmbet sadic (Gilbert, 2000c; Gilbert și Irons, 2005). Pentru a vă concentra pe latura emoțională a gândurilor critice, puteți întreba: „Atunci când îți trec prin minte aceste gânduri critice, ce emoții poartă cu ele atunci când te ceartă? Ce emoție îți transmite criticul tău interior? Ce emoție are el față de tine?".

Aceste emoții s-au dovedit a fi de cele mai multe ori furia, agresivitatea sau disprețul. Terapeutul ar putea spune: „Având în vedere aceste trăsături, este lesne de înțeles cât de mult te străduiești să nu fii doborât la pământ de ele". Ați putea totodată să vă hotărâți asupra unui nume, astfel încât aceste aspecte ale sinelui să poată fi exteriorizate. Eu obișnuiesc să-i dau un nume simplu, cum ar fi criticul sau persecutorul interior, deoarece astfel subliniez faptul că autoînvinuirea în depresie urmărește de obicei să inducă o reacție de submisivitate și provoacă o intensificare a depresiei și anxietății, exact cum face orice alt personaj critic și agresiv. Așa cum notam în capitolul 11, stă în puterea noastră să dezvoltăm sentimente de înțelegere și compasiune față de această parte a sinelui, pentru că aceasta poate fi o reacție automată în fața amenințării și frustrării.

Analiza funcțională

Este important să fie explorate funcțiile autocriticii, întrucât există multe roluri, forme și diferite surse pentru autocritică, și aceasta nu ar trebui să fie înțeleasă ca un proces unic (Gilbert, Clarke, Kempel, Miles și Irons, 2004). Funcțiile tipice includ: „Practic autocritica pentru că mă menține în priză și mă oprește să fac greșeli; mă face să merg înainte și, în acest fel, îmi crește șansele

de succes; mă face să fiu responsabil". Toate acestea descriu ceea ce putem denumi autoîmbunătăţirea spiritul autocritic. Aceste forme de autocritică pot fi folosite ca un *avertisment*: „Dacă nu devii mai bun, ceilalţi te vor respinge". „Dacă nu încetezi cu mâncatul, o să fii gras şi n-o să mai poţi ţine greutatea sub control." „Dacă nu vei fi mai asertiv, ceilalţi pur şi simplu te vor călca în picioare." Aceste gânduri sunt în mod obişnuit declanşate de frustrare şi comiterea de erori şi sunt dominate de o furie plină de frustrare: „Cât de prost eşti – cum ai putut să faci aşa ceva?".

O funcţie diferită este legată de dezgustul şi aversiunea faţă de sine. În acest caz, persoana se critică pe sine nu pentru a se schimba în bine, ci pentru că există anumite trăsături personale pe care nu le agreează sau le urăşte şi ar dori să scape de ele, chiar să le distrugă: „Mă critic pentru greutatea mea, pentru că sunt grasă şi dezgustătoare, şi ştiu că sunt o fiinţă lipsită de voinţă, incapabilă să fac ceva să scap de această problemă". „Mă critic pentru că după abuzul pe care l-am suferit, acum simt că există ceva rău în mine şi am un sentiment de dezgust faţă de corpul meu." Să „urăşti" ceva legat de sine este foarte diferit de hotărârea de a te schimba în bine şi de a te simţi bine. Acest tip de funcţie este mai comună atunci când persoanele respective au avut parte de experienţe abuzive.

Aceste două tipuri nu se exclud reciproc, fără îndoială, deşi ele îşi pot avea originea în diverse experienţe. Gradul de frustrare, furie şi aversiune în cadrul raportării faţă de sine poate fi legat de nivelul de intensitate a depresiei şi alte aspecte complexe, cum ar fi tulburările de personalitate. Persoanele care suferă de tulburare de personalitate de tip borderline pot avea stiluri autocritice foarte violente, în timp ce persoanele cu forme mai uşoare de depresie au stiluri autocritice limitate la sentimentul dezamăgirii faţă de sine.

Procedura celor două scaune

O procedură potrivită pentru a spori conştientizarea puterii pe care o are spiritul autocritic şi a efectelor sale emoţionale este procedura celor două scaune (Greenberg *et al.*, 1993; Whelton şi Greenberg, 2005). În această situaţie, consilierul provoacă dialogul negativ sub forma unui lanţ de raţionamente deductive. În exemplul nostru anterior, Jane şi-a cumpărat o rochie, iar când a probat-o din nou acasă, a constatat că nu i se potrivea. Gândurile ei erau: „Am cumpărat o rochie de mărime nepotrivită. Mi se văd şuncile pe toate părţile. Sunt o grasă şi o proastă". Aceste cuvinte au fost scrise pe un carton şi agăţate pe spătarul unui scaun. După aceea, a fost rugată să ia loc pe scaunul respectiv şi să privească un alt carton aflat pe scaunul din faţa ei, pe care erau scrise alte cuvinte, şi să le citească cu voce tare: „Ai cumpărat o rochie de mărime nepotrivită. Ţi se văd şuncile pe toate părţile. Eşti o grasă şi o proastă". Vom denumi acest obiect de mobilier scaunul care învinuieşte sau scaunul critic. Când un anumit nivel de afect a fost implicat în toată această situaţie, Jane a schimbat imediat scaunul şi a luat loc pe scaunul asupra căruia era îndreptată învinuirea. După aceea, i s-a cerut să îşi exploreze propriile sentimente cu privire la învinuirea care a fost îndreptată asupra ei. Cât a stat aşezată pe scaunul care învinuia, ea s-a simţit furioasă şi nefericită faţă de propria persoană, dar pe celălalt scaun, sentimentele ei erau de acceptare pasivă a criticii, tristeţe şi neputinţă. Greenberg şi colaboratorii săi (1990) a evidenţiat faptul că oamenii ajung deseori să fie depresivi, deoarece nu se pot apăra singuri în faţa propriei autocritici. În esenţă, propriile lor manifestări de autocritică direcţionează dispreţul sau ostilitatea către sine. Îl brutalizează şi îl doboară la pământ şi, în final, acesta se simte înfrânt.

În cazul nostru, remarcăm faptul că Jane poate fi încurajată să înţeleagă că manifestările de autocritică sunt generate de sentimentul dezamăgirii, de gânduri apropiate de ruşine („M-am lăsat dusă de val") şi de teama că ceilalţi nu o vor plăcea dacă nu va arăta

bine. Aşadar, autocritica ei este legată de *ameninţările principale* faţă de sine. Aceste sentimente sunt explicabile şi, în acest fel, Jane a reuşit să îşi valideze sentimentele, iar acum poate gândi astfel: „Acum înţeleg că acest sentiment de autocritică are legătură cu dezamăgirea şi cu temerile mele, dar nu este o reflectare a mea ca persoană". Greenberg şi Watson (2006) subliniază că prin înlesnirea unui dialog între partea critică a sinelui şi partea care resimte critica, se poate reduce intensitatea sentimentului. Concluzia mea este că este foarte util, de asemenea, să fii plin de compasiune faţă de manifestările sentimentului critic: „Îmi pare atât de rău că eşti atât de supărat şi de speriat şi că din aceste cauze mă critici atât de aspru. Totuşi, nu trebuie să te comporţi în felul acesta". După aceea, interveniţi cu gânduri alternative în spiritul compasiunii.

Unii terapeuţi sunt de părere că trebuie să ne debarasăm de spiritul autocritic, sau chiar să ne imaginăm că îl împuşcăm. Eu personal nu sunt adeptul acestei abordări, întrucât noi ne propunem să abordăm problema ameninţărilor şi să dezvoltăm autoliniştirea pentru a contracara spiritul autocritic. În general, nu este de dorit să demonstraţi că rezolvarea problemei autocriticii presupune o concentrare asupra forţei agresive şi a înverşunării faţă de tendinţele autocritice. Aceasta poate pur şi simplu să întreţină furia şi să afecteze unele sisteme. De aceea, e bine să dezvoltăm empatie faţă de autocritică. Este motivul pentru care ne schimbăm atitudinea, imprimându-i compasiune, şi îi sugerăm pacientului să se adreseze în felul următor spiritului său autocritic: „Îmi pare atât de rău că te simţi atât de ameninţat, încât tot ce poţi face este să mă critici astfel. Probabil te simţi foarte ameninţat din moment ce ajungi să îmi spui toate acestea". Această atitudine declanşează o distanţare automată faţă de autocritică şi activează un sistem diferit al afectului. Apoi, vom explora atenţia, modul de gândire a comportamentului şi trăirea pline de compasiune. Ceea ce reuşim în acest fel, în esenţă, este să evităm activarea spiritului autocritic. Prin ce am prezentat mai sus vrem să sugerăm că puteţi să daţi ascultare acelei voci critice din sinea voastră, care îşi are originea în mecanismele de receptare a ameninţării, însă puteţi să învăţaţi

să acordați mai multă atenție vocii voastre pline de compasiune. În acest fel, consolidăm de fapt modalități alternative de a învăța să facem față greutăților și amenințărilor. Pe măsură ce pacienții învață să facă acest lucru, se simt mai puțin amenințați de greutăți și astfel sentimentul de autocritică slăbește în intensitate în mod automat. Este mai bine să nu ne angajăm în mod direct într-o discuție cu argumente și contraargurmente alături de spiritul autocritic. Ar însemna să permanentizăm un conflict (încercând să apărăm o parte a sinelui), iar eu suspectez că asta ar menține amigdala în stare de hiperactivitate. Astfel încât vom observa existența vocii critice din sinea persoanei și natura amenințării la adresa acesteia, însă noi ne dorim să activăm afecte de liniștire, nicidecum unele conflictuale. Eu personal am descoperit că persoanelor depresive le este mult mai ușor să facă acest lucru, în loc să încerce doar să își contrazică propria parte critică a sinelui cu dovezi alternative. Puteți apela, desigur, la dovezi din rândul alternativelor, dar cheia este să vă centrați pe modul plin de compasiune de a le simți.

Amintiți-vă de Jane, căreia nu îi venea rochia. Am putea să îi sugerăm să dezvolte compasiunea față de sine și căldura asociată cu gânduri ca acestea: „Rochia care nu mi se potrivește este o dezamăgire (empatie față de suferință), dar acest lucru nu mă face grasă sau proastă – gândesc în acest fel pentru că mă simt (în mod firesc) frustrată și sunt supărată. Nu aș fi singura femeie care..." și așa mai departe, după cum arătam mai sus. Deci, în acest caz, noi acceptăm dezamăgirea ca fiind doar o dezamăgire, recunoaștem că nu suntem singurii care simțim o astfel de dezamăgire și apoi ne concentrăm asupra unui comportament de adaptare. Munca noastră are ca scop perceperea tonalității acestor gânduri de autovalidare ca fiind caldă și încurajatoare. Problema unei rușini mai profunde va fi abordată după mai mult timp.

Un pacient (îi vom spune Bob) nu a reușit să își găsească slujba pe care și-o dorea. Când a luat loc pe scaunul critic, s-a auto-învinovățit și s-a etichetat ca „un pierde-vară". Când am schimbat scaunele, el a putut să înțeleagă că unele dintre criticile lui erau cauzate de faptul că era supărat și dezamăgit, iar aceste judecăți

erau „cam exagerate". Nu înţelesese cu adevărat cât de agresiv fusese cu propria persoană. Trecând prin procedura celor două scaune, a devenit capabil să îşi adreseze următorul mesaj: „Sunt mulţi oameni care nu reuşesc să îşi găsească locul de muncă pe care şi-l doresc. Poate că angajatorii căutau pe cineva care să aibă cu totul alte calităţi. Faptul că nu reuşesc să îmi găsesc un serviciu este o dovadă că sunt probleme pe piaţa locurilor de muncă, nu că eu aş fi un pierde-vară". Astfel, el a putut să empatizeze cu dezamăgirea şi tristeţea de a nu fi obţinut locul de muncă dorit şi a redus accesele de autoînvinuire.

Să abordezi problema sentimentului de autocritică implică deseori dezvoltarea unor „voci interioare, gânduri şi imagini" alternative care sunt pline de căldură *şi de compasiune*, iar pacientul poate exersa, recentrându-se pe aceste sentimente. Astfel, de exemplu, uneori pacientul poate fi *în primul rând* încurajat să îşi imagineze sentimente de căldură şi grijă, ca şi când s-ar adresa unui prieten sau cuiva de care îi pasă, şi să se concentreze deocamdată asupra acelor sentimente. Sau s-ar putea concentra asupra imaginii lui pline de compasiune şi să realizeze o reformulare în spiritul compasiunii (vezi p. 518). După ce a evocat mental acele sentimente, el se va putea focaliza pe sentimentele respective şi, cu o voce plină de căldură, ar putea spune: „Ştiu că nu am obţinut slujba şi că este un lucru dezamăgitor. Presupun că este firesc să fii supărat după ce ţi s-a întâmplat aşa ceva. Dar am mai obţinut slujbe în trecut şi dacă voi continua să încerc, o să am o şansă reală în viitor. Faptul că nu am obţinut slujba asta dovedeşte cât de greu este să obţii un job în zilele noastre, şi nu că eu aş fi un pierde-vară".

Cum să lucrăm cu diferite cauze ale sentimentului de autocritică

Uneori, pacienţii pot să identifice originea propriului sentiment de autocritică undeva în copilăria lor, fiind legată de unul dintre părinţi. Terapeutul ar putea întreba: „Acest gen de autocritică îţi

aminteşte de cineva anume?". Dacă se dovedeşte că este vorba despre un părinte, aceasta ar putea da naştere unor sentimente şi amintiri importante, iar consilierul trebuie să fie sensibil, pentru a le da posibilitatea să iasă la lumină şi să lucreze cu delicateţe cu acestea. Am putea recunoaşte cât de dificil ar fi să nu devenim autocritici dacă o altă persoană ne-a certat şi ne-a criticat constant. Aţi putea spune:

> Când suntem copii, avem tendința să ne vedem pe noi înşine exact aşa cum ne tratează cei din jur. Dacă se poartă frumos cu noi, atunci învățăm să ne purtăm noi înşine în acest fel, dar dacă sunt aspri, atunci ne vom percepe noi înşine *în acest fel.* Este aproape imposibil să nu fim afectați de modul în care ne judecă ceilalți, în special când suntem copii. Dar poate că a venit vremea să gândim astfel: „Dacă m-aş putea întoarce înapoi în timp şi să mă educ singur cu iubire şi înțelegere, ce mi-ar plăcea să îmi spun mie însumi, copil fiind?". După cum se vede, poate că nu ne-am acordat niciodată nouă înşine o şansă să ne vindecăm, deoarece am rămas captivi ai tuturor acelor voci şi amintiri din mintea noastră.

Există multe modalități în care puteți lucra cu acele critici care vin din trecut. De exemplu, Lee (2005) a arătat cum putem identifica vocea criticului, să spunem, ca fiind a mamei şi apoi să examinăm *motivele* pentru care mama a fost o prezenţă critică. Una dintre pacientele ei, care auzea vocea critică a mamei ei, a reuşit să înţeleagă că, departe de a fi o mamă iubitoare, plină de grijă şi calmă, aceasta fusese mai degrabă o femeie nervoasă, irascibilă, egocentrică, provenind ea însăşi dintr-un mediu tensionat şi care era în permanenţă preocupată de aparenţe. Astfel, probabil că judecăţile mamei ei nu erau demne de încredere.

Gilbert şi Irons (2005) au evidenţiat faptul că unele persoane manifestă multă anxietate faţă de înţelegerea acestui gen de „adevăr". Ele ar putea să considere că nu sunt loiale faţă de familie, sau să îşi descopere unele sentimente agresive, sau să aibă sentimente de vinovăţie. Să începi să realizezi că unul dintre părinţi

se poate să nu fi fost capabil să aibă grijă de tine aşa cum ar fi trebuit poate fi o experienţă care să te sperie şi să te întristeze, îndeosebi dacă ai încercat din răsputeri să câştigi dragostea părinţilor. De aceea, trebuie să înţelegem aspectele complexe ale *rebeliunii* faţă de perspectivele parentale asupra sinelui. După cum s-a remarcat cu altă ocazie (Gilbert şi Irons, 2005), rebeliunea este primul pas spre schimbarea „vocilor" negative din capul nostru. Acesta poate parcurge anumite etape, care cuprind:

- declanşarea *îndoielii interioare* – începând să te îndoieşti de validitatea judecăților celorlalți despre tine;
- *externalizarea îndoielii* – verbalizând îndoiala şi clarificând care sunt motivele acesteia;
- *contestarea activă şi „nesupunerea"* – începând să gândim *şi să acționăm* în moduri care manifestă grijă față de sine, chiar dacă (în trecut) ceilalți nu le-ar fi acceptat (altfel spus, să acționăm împotriva lucrurilor impuse de părinți şi să învățăm să ne însuşim noi valori). Aceasta poate să implice distanțarea. De exemplu, o persoană depresivă considera conversațiile telefonice cu mama sa stresante, deoarece aceasta o critica întotdeauna că nu făcea îndeajuns de mult. Astfel încât i-a explicat mamei sale că nu îi va mai răspunde la telefon dacă o va critica în continuare. Acest act de rebeliune a necesitat mult curaj, dar i-a adus în acelaşi timp o mare uşurare.

Hackmann (2005) a remarcat că uneori poate fi util să te angajezi în acte de asertivitate imaginară. De exemplu, una dintre pacientele ei îşi imagina un eveniment critic atunci când părinţii nu erau alături de ea (în timp ce ea era internată în spital). Ea a reinterpretat scena în minte, însă a explicat într-un mod asertiv cât de dezamăgită era de ei. În felul acesta, construcţia internă s-a schimbat de la o acceptare pasivă, docilă, la una asertivă.

Diferite moduri de a aborda gândurile autocritice

În privinţa atenţiei, gândirii, comportamentului şi sentimentelor pline de compasiune, este util să avem unele idei despre cum să lucrăm cu acestea. Ne vom opri asupra unora dintre ele, dar trebuie să reţineţi că întotdeauna vorbim despre un proces realizat în colaborare, iar persoana depresivă are nevoie *să simtă* că toate acestea îi sunt folositoare. Aşadar, ar trebui să nu intraţi într-un conflict în care să obligaţi pacienţii să vadă lucrurile în felul dumneavoastră şi să sugeraţi (neintenţionat) că sunt nepricepuţi, încăpăţânaţi sau se opun, dacă nu vă urmează sfatul. Forţa argumentului nu este o alternativă pentru o terapie care înţelege că oamenii se pot speria în faţa perspectivei schimbării.

Să gândim în culori amestecate, nuanțat sau păstrând simțul proporțiilor

O problemă comună în depresie (şi manifestarea autocriticii) este gândirea dihotomică sau gândirea în alb şi negru (Beck *et al.*, 1979). În teoria psihodinamică, aceasta este denumită „clivaj" (Gilbert, 1992). Există două aspecte aici: gândirea în alb şi negru propriu-zisă şi adaptarea la ambivalenţă (Gilbert, 2000c). În ceea ce priveşte gândirea în alb şi negru propriu-zisă, există diverse modalităţi de a o explora. Una dintre ele este să tragem o linie dreaptă, desemnând un construct bipolar. De exemplu, să presupunem că un pacient afirmă: „Performanţa mea a fost un eşec total". Terapeutul urmează să tragă o linie de genul celei de mai jos:

Eşec ---------- Succes
Rău ---------- Bine
Cumplit ---------- Minunat

După aceea, pacientul marchează un X pe linia respectivă pentru a indica nivelul succesului sau eşecului în cazul respectiv. Deseori, acesta este marcat mai aproape de eşec, la capătul liniei. Apoi, terapeutul discută despre diferite alte comportamente care ar putea fi evaluate ca eşecuri mai mari, pentru a evidenţia modul în care constructul pacientului este mai degrabă unul îngust. De exemplu, să presupunem că cineva pune un semn la capătul liniei rău-bine, indicând că se simte o persoană foarte rea. Terapeutul ar putea să îl întrebe: „Atunci, unde l-ai plasa pe Hitler?". Puteţi apela la umorul fin. Ideea este că în acest caz este util să ajutăm pacientul să înţeleagă: a) că în depresie este atât de uşor să pierzi din vedere perspectiva şi cât de important este să faci eforturi pentru a o recâştiga; b) cum persecutorul intern se dovedeşte adesea a fi cel care gândeşte şi etichetează fără milă exclusiv în alb şi negru – deoarece aşa gândesc mecanismele de receptare a ameninţării; c) că dezamăgirile pot stimula mecanismele noastre de receptare a ameninţării, iar noi, în consecinţă, ne putem „panica" şi deveni furioşi. Terapeutul poate vorbi în termenii centrării pe realizări sau eşecuri, ai părţii pline sau ai celei goale a paharului. Din nou, tehnica este să ajutăm pacientul să înţeleagă natura gândirii lui absolutiste şi, mare parte din discuţie se va desfăşura într-un mod plăcut şi, uneori, plin de umor. Nu uitaţi că umorul fin, la rândul său, induce o nouă emoţie, un aspect ludic, care poate crea noi nuanţe emoţionale pentru gânduri.

Să facem distincţia între autoevaluare şi evaluarea comportamentului

Aceasta este o problemă comună în depresie şi este deseori întărită din punct de vedere cultural. În mod esenţial, este formulată în felul următor: „Dacă performanţa mea este slabă, înseamnă că «eu» (ca persoană) sunt un ratat" (Ellis, 1977a, 1977b). Aici, din nou, terapeutul se va concentra pe sentimente legate de dezamăgire (empatie faţă de suferinţă) şi după aceea va explora problemele

unei autoevaluări globale şi ale unei autoetichetări negative. Vom remarca felul în care, atunci când suntem dezamăgiţi, ne simţim *ca şi când* am fi eşuat ca persoane, dar trebuie să identificăm aceste tendinţe în noi înşine (ceea ce poate să includă amintiri emoţionale), să ne dăm un pas înapoi şi să dobândim o perspectivă mai echilibrată.

Putem recurge la abordarea *eurilor parţiale* pentru a vorbi despre faptul că există multe aspecte legate de sine, pe care terapeutul le poate denumi „micii eu", în locul unui unic „Eu" mare şi global. Acest lucru ne ajută să ilustrăm modul în care un pacient poate face generalizări globale despre el însuşi, pornind de la evenimente singulare. Putem să denumim acest tip de autoevaluare ce porneşte de la rezultatele performanţei confuzia REUŞITĂ-EU. „Nu mă accept pe MINE decât dacă REUŞESC să fac acest lucru aşa cum trebuie." Sau „îmi place de mine doar dacă voi reuşi să X". Confuzia REUŞITĂ-EU se găseşte deseori în spatele ideilor cu privire la valoare (lipsă de valoare) sau la autoetichetare. De aceea vom încerca să îi explicăm pacientului cum să se înţeleagă pe sine şi să se accepte şi, din nou, o mare parte din discuţie poate fi consacrată acestui aspect (Gilbert, 2000c).

Confuzia REUŞITĂ-EU face parte din cultura occidentală. Aceste genuri de confuzie sunt foarte comune, iar terapeutul ar trebui să aibă el însuşi clarificată în minte această chestiune. După cum susţine Fennell (1989), aceasta este o situaţie în care „medicul trebuie să se vindece pe sine". Pregătind terapeuţi şi consilieri, am descoperit că mulţi dintre ei consideră aceasta o problemă esenţială: „Dar, cu siguranţă, valoarea oricărei persoane depinde de cât de competentă este!", îmi spun aceştia. Consilierii care deţin această convingere esenţială ar putea avea probleme când trebuie să îşi ajute pacienţii să îşi schimbe astfel de convingeri (vezi Bennett-Levy şi Thwaites, 2007).

Instruirea reatribuirii

În depresie ar putea exista un grad mai mare de personalizare a rezultatelor negative. Partea critică a sinelui intervine adesea prin autoînvinovăţire: „Este vina mea că Fred/Sally m-a părăsit". Unele intervenţii simple în acest caz pot consta în identificarea dovezilor pro şi contra atribuirii. O altă tehnică este desenarea unui cerc şi marcarea diverselor aspecte ale cauzalităţii prin sectoare de cerc (vezi Gilbert, 2000a, p. 141). În acest mod, terapeutul elaborează un desen al modului în care deseori evenimentele au multe cauze. Totuşi, din nou, pot să apară aspecte complexe. De exemplu, un pacient depresiv ar putea spune: „Dacă îi învinovăţesc pe alţii, atunci o să mă înfurii, şi asta mă face să mă simt rău în legătură cu mine însumi". De aceea, autoînvinovăţirea poate avea o funcţie protectoare (vezi mai sus). Într-adevăr, modul în care autoînvinovăţirea opreşte persoana să îşi exprime furia faţă de ceilalţi poate fi explorat în multe feluri (de exemplu, ca excludere defensivă: când era copil, pacientul a învăţat să nu fie critic faţă de alţii şi, prin urmare, el ignoră comportamentul nepotrivit al oamenilor faţă de el; Gilbert şi Irons, 2005). Aşadar, atunci când apare autoînvinovăţirea, este util întotdeauna să reţinem dacă are vreo legătură cu evenimente interpersonale sau nu, primele fiind mai complexe. Metoda identificării avantajelor şi dezavantajelor poate fi folosită totodată pentru a explora aspectul „neasumării vinovăţiei" (vezi mai sus şi Gilbert, 2000a).

O altă distincţie de care trebuie să fim conştienţi este atribuirea cauzelor şi atribuirea responsabilităţii pentru schimbare sau găsirea soluţiilor. De exemplu, este posibil ca oamenilor să le fie ruşine sau să se simtă deprimaţi deoarece îşi atribuie cauza lor înşilor. Cauza şi soluţia pot fi legate în următoarele moduri:

1. Nu este vina mea că sunt deprimat şi nu pot face nimic pentru a mă schimba.
2. Este vina mea că sunt deprimat şi nu pot face nimic să schimb lucrurile.

3. Este vina mea că sunt deprimat şi pot face unele lucruri pentru a mă schimba.
4. Nu este vina mea că sunt deprimat, dar pot să fac unele lucruri pentru a-mi învinge depresia.

Cauzele depresiei şi vulnerabilitatea faţă de aceasta îşi pot avea originea în mai multe surse (de exemplu, infecţii postvirale, parteneri de viaţă ostili, experienţe timpurii nefericite etc.). Nu este deloc folositor să fim blocaţi în sentimentul de autoînvinovăţire, considerând că ne-am putut declanşa noi înşine depresia. De aceea, putem susţine un model cauzal multifactorial. Cu toate acestea, a ajuta pacienţii să înţeleagă că atunci când se subapreciază nu fac altceva decât să menţină şi să înrăutăţească depresia nu echivalează cu o formă de învinovăţire personală pentru că sunt depresivi. Acordul dintre pacient şi consilier în ceea ce priveşte atribuirea cauzei depresiei poate fi o sursă generatoare de probleme, care perturbă procesul terapeutic (pentru o dezbatere clarificatoare, vezi Jack şi Williams, 1991 ; Leahy, 2007).

Cealaltă distincţie care poate fi făcută în împărţirea atribuirilor şi care este similară confuziei REUŞITĂ-EU este distincţia dintre învinovăţirea caracterului cuiva şi învinovăţirea comportamentului acestuia. În general, autoînvinovăţirea caracterului (atribute şi trăsături personale) este mai depresogenă decât autoînvinovăţirea comportamentului (Janoff-Bulman, 1979 ; Janoff-Bulman şi Hecker, 1988). De exemplu, Janoff-Bulman a descoperit că în cazul femeilor care au fost victimele unui viol, autoînvinovăţirea caracterului („A fost ceva legat de mine care a incitat agresorul") era mai firesc asociată cu depresia decât învinovăţirea comportamentală („Faptul că am mers pe jos în partea aceea a oraşului a cauzat atacul"). Andrews (1998) oferă o trecere în revistă pertinentă a acestui gen de abordare terapeutică a ruşinii şi depresiei. Dryden (1989d) susţine că există trei niveluri ale autoînvinovăţirii : a da vina pe sine, a da vina pe trăsături şi a da vina pe comportament. Acestea diferă în termenii calităţilor generale ale autoînvinovăţirii. Părerea mea este că autoînvinovăţirea este utilă doar în cazuri rare

(deoarece nu este prea departe de acuzare şi condamnare). De aceea, eu încurajez oamenii să aibă o gândire lipsită de atitudine critică atunci când se întreabă: „Care a fost contribuţia mea la crearea acestei situaţii dificile şi cum aş putea să schimb lucrurile în viitor?". Suntem cu toţii parte a unor interacţiuni dinamice, reciproce şi tocmai înţelegerea acestor patternuri este cheia problemei, în loc să învinovăţim şi să acuzăm.

Atitudinile faţă de sentimente

Uneori, în cazul depresiei, se manifestă multe resentimente, invidie şi furie, care au rădăcini mai adânci (Gilbert, 1992, 2000a), dar persoana depresivă întâmpină dificultăţi în a face faţă acestor sentimente, deoarece le percepe ca o dovadă a propriei răutăţi (altfel spus, îi este ruşine de aceste sentimente – criticul interior îi spune că este rău să simţi aceste lucruri). Unele persoane simt că nu ar avea dreptul să fie furioase, în timp ce altele simt că furia le face să nu fie plăcute de cei din jur; în acest fel, furia declanşează autoînvinovăţirea, iar pacientul adoptă o poziţie defensivă faţă de acesta (de exemplu: „Sunt o persoană îngrozitoare şi nerecunoscătoare dacă simt acest gen de furie"). În capitolul 11, am remarcat faptul că convingerile şi temerile sau emoţiile negative acţionează ca nişte blocaje în faţa compasiunii (vezi şi Leahy, 2002).

Terapeutul îşi va ajuta pacientul să îşi accepte resentimentele sau alte sentimente şi să înţeleagă că, foarte des, acestea sunt legate de o dezamăgire dureroasă. În multe cazuri, am descoperit un ciclu al dezamăgirii care semnala furia, iar furia, la rândul său, semnala o experienţă de viaţă nefericită, iar experienţele nefericite semnalau teama de abandon şi pierdere (vezi cazul lui Peter, din capitolul 8). Toate acestea gravitează în mintea persoanei depresive, conducând la multă confuzie şi suferinţă. Un consilier empatic are întotdeauna urechea pregătită să asculte când este vorba despre dezamăgire – indiferent dacă se referă la un sine ideal sau la un rezultat/eveniment sperat – şi va contribui la

explorarea amărăciunii şi furiei. În general, este util să se exploreze declanşatorul sentimentelor negative şi îndeosebi convingerile implicate. Apoi, consilierul încearcă să înlăture sentimentul ruşinii şi să exploreze modul în care aspectele care generează emoţii negative puternice (cum ar fi furia) pot fi tratate în maniere diferite, de exemplu, prin antrenarea asertivităţii. Uneori, irascibilitatea este un simptom al supraexpunerii la stres sau al depresiei, iar unele femei simt că are legătură cu ciclul menstrual. Alteori, se poate chiar să fie legată de o anumită medicaţie. Aşadar, este important să fie explorate rădăcinile furiei (şi ale altor afecte negative). De exemplu: Persoana a devenit mai irascibilă recent? Este posibil să aibă legătură cu evenimentele din viaţă sau cu schimbarea stării de spirit? Atunci când discutăm despre atitudinile faţă de sentimente depinde foarte mult de persoana implicată şi de situaţie.

Prezentăm în continuare un exemplu complex (dar nu neobişnuit), care ilustrează modul în care putem fragmenta problemele, empatizând cu sentimentele neexprimate verbal, înlăturând ruşinea care însoţeşte furia şi reducând sentimentul de vinovăţie. Având ocazia să discut cu Oliver, am înţeles câte ceva despre conflictele lui conjugale.

Oliver: Suntem căsătoriți de peste 20 de ani şi îmi iubesc soția, însă ea se tot agită în preajma mea şi şi-ar dori să ieşim mai mult în oraş. Mă înfurii pe ea şi după aceea mă simt vinovat. Nu încearcă decât să îmi fie de ajutor, dar uneori atmosfera devine de nesuportat. Numai eu sunt de vină.

Consilierul: Se pare că sunt câteva lucruri diferite care se întâmplă în cazul vostru. În primul rând, tu afirmi că soția ta simte că dacă ai putea să faci mai mult, atunci lucrurile ar merge mai bine. S-ar putea să aibă dreptate în această privință. Cu toate acestea, tu respingi ideea şi simți că ea crede că nu faci prea mult efort să te schimbi. După aceea, îți este ruşine, te înfurii şi te cuprinde sentimentul de vinovăție că te-ai înfuriat?

Oliver: Da. Exact aşa decurg lucrurile.

Consilierul: OK, ei bine, mai întâi, eu cred că persoanele depresive vor reuşi să facă mai mult doar dacă înțeleg utilitatea acestui lucru pe termen lung, iar eu nu sunt sigur că tu o înțelegi. De aceea, va trebui să lucrăm împreună şi să vedem ce gen de lucruri crezi *tu* că îți vor fi de folos. [*Consilierul se gândeşte în acest caz să apeleze la metoda identificării avantajelor şi dezavantajelor*] Dacă este util, o vom invita şi pe soția ta la o întâlnire sau două pentru a explora împreună acest subiect. Problema în acest caz ar putea fi că tu simți că trebuie să faci anumite lucruri pentru a-i face pe plac celeilalte persoane, şi nu pentru că îți doreşti tu însuți acest lucru. Dacă te vei lăsa înduplecat de sugestiile ei, vei simți că aproape te laşi subjugat de cerințele ei şi vei avea resentimente?

Oliver: Cred că da. Chiar simt că ar trebui să cedez şi să fac ceea ce spune ea. Sunt sigur că ea este foarte rezonabilă, chiar cred că aşa este.

Aceasta este o problemă tipică în depresie. Sugestiile utile din partea altora pot sau nu să fie percepute ca utile, dar persoana depresivă simte că ar trebui *să se supună* pentru a le face plăcere sau să fie în relaţii bune cu cealaltă persoană. Această problemă trebuie să fie clarificată (vezi capitolul 5), deoarece senzaţia de a trebui să te supui dorinţelor cuiva în mod invariabil generează furie şi resentimente.

Consilierul: Să simți că trebuie să te supui, deşi nu îți doreşti să o faci, generează în mod firesc resentimente şi tendința de a opune rezistență. Acest lucru este valabil pentru cei mai mulți dintre noi, inclusiv pentru mine [*zâmbeşte*]. Fără să îți doreşti acest lucru, poate să devină o confruntare de voințe. Nu e nimic rău în legătură cu tine pentru că simți în acest fel, dar cu siguranță efectul pe care îl produce este unul nedorit – o atmosferă încordată. Deci ce putem face în acest caz este să discutăm cu tine şi soția

ta când ar fi util să te încurajăm mai mult şi când nu. Iar în privința momentului când trebuie să facem mai mult putem să explorăm aici, în cadrul terapiei noastre, împreună (de exemplu, folosindu-ne de programarea activităților). În al doilea rând, amândoi, tu şi soția ta, sunteți furioşi din pricina depresiei – şi acest lucru este deopotrivă firesc. Secretul este cum să construim o alianță împotriva problemei comune – depresia –, nu împotriva ta sau a oricăruia dintre voi. Ai vreo idee în acest sens?

Oliver: Păi, cred că ar trebui să vorbesc mai mult cu ea despre depresia mea şi despre ce simt. Am obiceiul să o resping. Pur şi simplu simt că trebuie să ies din starea în care mă aflu şi să încetez să mai fiu o pacoste şi o grijă pentru ea.

Consilierul: Ar merita să explorăm cum ai putea să îți împărtăşeşti sentimentele cu soția ta şi să „nu o respingi". Din nou, ştii, furia ar putea fi înțeleasă ca un fel de rezistență din partea ta, care are legătură cu efortul de a-ți păstra integritatea de sine şi de a nu face ceea ce doresc alții. Desigur, nu obții efectele pe care ți le doreşti, dar cel puțin îți demonstrezi că nu eşti la cheremul altora.

Oliver: [*După câteva momente de reflecție*] Hm, cred că este adevărat. O parte din mine crede că nu îmi mai doresc să fiu deloc cel care primeşte ordine de la alții.

De asemenea, Oliver simțea că cei din jur aveau tot felul de sfaturi pentru el, dar nici unul nu se oprea să îl asculte. Nici un pacient nu se va schimba atât timp cât va crede că există dezavantaje în schimbare. Totodată, observați în cazul prezentat mai sus că există un sentiment intens de apărare a identității de sine: „Nu îmi mai doresc să fiu deloc cel ce primeşte ordine de la alții". Haideți acum să ne uităm la cazul lui Oliver prin prisma metodei avantajelor şi dezavantajelor. Unul dintre dezavantajele efortului de a „face mai mult" era că el înțelegea acest lucru doar ca pe o dovadă de supunere față de ceea ce alții doresc de la el.

Să facă mai mult: de exemplu, să iasă în oraş	
Avantaje	*Dezavantaje*
S-ar putea să mă simt mai bine.	Să fac doar ce mi se spune/să fiu docil.
O să mă bucur din nou de vechile plăceri.	Mă simt obosit şi anxios.
Aş putea petrece mai mult timp cu soţia mea.	Probabil sunt o companie plictisitoare.
	Nu prea sunt dornic să fac conversaţie când ies în oraş în ultima vreme.
	Mă simt stresat că trebuie să port conversaţii interesante şi, după aceea, mă simt mai rău.

Aceasta l-a ajutat pe Oliver să dobândească o înţelegere mai profundă a felului în care rezistenţa sa faţă de schimbare îşi avea rădăcinile într-o dorinţă de a nu se supune şi de a nu face ceea ce i se spunea sau de a nu fi tratat ca un copil. A trebuit să fiu atent la acest aspect pe parcursul relaţiei noastre terapeutice, deoarece, tot ceea ce eu consideram că este lucru în colaborare, el interpreta uneori ca o sugestie pentru ce ar fi trebuit să facă şi să ducă singur la bun sfârşit. În acelaşi timp, remarcaţi faptul că ideea de a ieşi în oraş îi activa frica de a fi nevoit să poarte conversaţii interesante sau să arate că se simţea bine – „afişând o expresie mulţumită" – ceea ce, din nou, era resimţit de el ca un fel de supunere. Aşadar, avem nevoie să validăm acel „nu mai vreau să mă supun" ca pe un semn de putere şi, într-adevăr, să încurajăm acest lucru. Dar aceasta poate avea consecinţe nefaste dacă este făcută în anumite moduri, iar persoana poate sfârşi prin a-şi tăia singură craca de sub picioare. Există alte modalităţi de a fi asertiv.

În cadrul unei şedinţe avute cu el şi soţia lui, am explorat împreună ideea că în depresie este nevoie de timp pentru a schimba pas cu pas starea pacientului, că programarea activităţilor va fi făcută pe parcursul terapiei, şi am discutat despre modul în care cei doi ar putea să-şi împărtăşească sentimentele, fără să îi fie nici unuia dintre ei ruşine sau să aibă resentimente. Faptul că am ajutat-o pe soţia lui să se simtă mai puţin „exclusă", că am

clarificat natura depresiei, am îmbunătăţit comunicarea în timp ce am făcut-o pe soţie să înţeleagă ce responsabilitate avea în schimbarea lui Oliver şi să recunoască faptul că resentimentele şi furia sunt deseori parte a sentimentului frustrant de a fi deprimat, au contribuit mult la degajarea tensiunilor din căminul lor. Astfel, Oliver a început să preia controlul asupra depresiei, în loc să simtă că trebuia să ducă la îndeplinire ceea ce spusese soţia lui (să se supună) pentru a-i face pe plac. Şi pentru că înţelegea natura furiei sale, îi era mai puţin ruşine şi se simţea mai puţin vinovat de acest lucru. De fapt, furia lui era reetichetată ca fiind un fel de forţă pe care o dezvolta ca să reziste supunerii.

Desigur, aceste fragmente de interacţiune constituie de fapt o parte dintr-o relaţie neîntreruptă, iar eu am putut să realizez acest tip de intervenţii pentru că ştiam că Oliver avea mereu aceste dificultăţi care îi îngreunau viaţa, că simţea că „trebuia să se supună" şi că „nu era înţeles", toate avându-şi rădăcina cu mult timp în urmă, din pricina unei mame autoritare. Însă sper că toate acestea ne-au oferit o anumită înţelegere a unui mod de rezolvare a unor conflicte şi emoţii negative într-o relaţie.

Să identificăm acele „ar trebui", „e bine să" şi „neapărat"

Gândurile autocritice sunt de obicei (la fel ca supraeul) pline de acele „ar trebui" şi „ar fi bine". Ele formulează instrucţiuni. Există multe forme de „trebuie", care „ies la suprafaţă" pe măsură ce oamenii devin deprimaţi: trebuie să fiu iubit, trebuie să fiu perfect sau, ca în cazul lui Oliver, „nu trebuie să simt furie faţă de oamenii care încearcă să mă ajute". Principala preocupare în acest caz este să schimbăm un „trebuie", „e bine să" sau „neapărat" cu un „mi-ar plăcea/aş prefera să". Prin urmare, este vorba despre schimbarea *comenzilor* sau *cererilor* în *preferinţe*. Terapeutul poate angaja pacientul depresiv într-o discuţie despre „setul său de reguli în viaţă" sau „contractul personal cu viaţa", subliniind

că acele „trebuie" conduc la declanşarea anumitor sentimente de obligativitate şi lipsă de libertate. Sau terapeutul poate să pună o întrebare simplă: „De ce crezi că *trebuie* să fii iubit?". În acest fel, puteţi obţine un răspuns ce formulează o convingere puternică sau o teamă, cum ar fi: „Fără iubire sunt inutil". Aşadar, ideea inutilităţii duce la compulsia de a fi iubit. Totodată, puteţi lega aceasta de teama fundamentală de singurătate (vezi capitolul 5). În acest fel, „neapărat", „ar trebui" şi „e bine să" sunt deseori motivate de câte un concept subiacent de autoevaluare sau de o teamă fundamentală. Cu toate acestea, în aceste situaţii este important ca terapeutul să nu transmită opinia că ar fi ceva inacceptabil în *dorinţa puternică* de a avea o relaţie de iubire sau de a-şi controla propria furie – departe de acest lucru. În schimb, focalizarea va fi pe sentimentul de inutilitate (autoînvinovăţirea), nu pe dorinţă. Într-adevăr, consilierea poate însemna şi ajutorul dat unei persoane să dobândească aptitudini care fac realizabilă posibilitatea de a-şi face relaţii strânse şi încărcate de sens – acesta poate fi un scop al consilierii!

De asemenea, ideea că viaţa ar fi lipsită de sens dacă nu am cunoaşte succesul sau iubirea poate fi o problemă importantă. Din nou, terapeutul nu va sugera că obiectivul este indezirabil şi ne putem angaja într-o discuţie despre importanţa evoluţionistă a problemei. Deci focalizarea este pe evaluările generale şi pe respingerea altor surse de satisfacţie şi împlinire. În astfel de cazuri, sentimentul de tristeţe poate apărea pe parcursul consilierii, îndeosebi dacă aceste dorinţe sunt extrem de idealizate (Gilbert, 2000a, 2000c).

Consilierul va face apel totodată la empatie pentru a înţelege în ce situaţii pacientul foloseşte cuvinte precum „ar trebui", „este bine să" sau „neapărat" într-un mod relativ sau într-un mod absolut. Folosim deseori cuvinte precum „ar trebui", „e bine să" în limbajul nostru firesc de zi de zi, dar aceasta nu înseamnă că le „simţim" ca pe nişte obligaţii absolute. De aceea, pacienţii pot fi rugaţi să evalueze gradul de convingere investit în cuvintele de tipul „trebuie" şi „neapărat" pe care le folosesc.

Aspecte-cheie 12.2. *Abordarea terapeutică a cogniţiilor şi a sentimentelor negative legate de sine*

1. Identificați sentimentele tipice asociate cu autocritica şi autoînvinuirea (de exemplu, furia, disprețul, ostilitatea).
2. Clarificați care sunt efectele generatoare de stres şi stări depresive ale acestor gânduri şi sentimente.
3. Explicați natura „eurilor parțiale", astfel încât pacientul să poată identifica „vocea" criticului său interior şi a celui care îl face să-i fie ruşine.
4. Faceți apel la vizualizare când este nevoie.
5. Faceți apel la centrarea plină de compasiune pentru a înțelege teama din spatele sentimentului autocritic şi, în acelaşi timp, pentru a dezvolta compasiunea de sine.
6. Integrați diferite intervenții cognitiv-comportamentale pentru a aborda sentimentul autocritic într-un mod plin de compasiune.

Concluzie

Acest capitol a explorat diverse moduri prin care puteţi aborda problema unei gândiri negative şi a autoînvinuirii şi puteţi introduce tonalităţi pozitive în stilurile de gândire ale unui pacient. Toate acestea se înscriu în tendinţa de *a reduce gândurile şi sentimentele negative* şi de *a intensifica gândurile şi sentimentele pozitive*, pentru a redobândi o perspectivă justă a realităţii. Din perspectiva „logică", terapeutul caută dovezi pro şi contra unei anumite convingeri sau opinii şi ajută pacientul să genereze păreri alternative, să reatribuie cauze şi să dezvolte noi opţiuni de adaptare. Totuşi, este la fel de important să ajutăm pacienţii să dezvolte o mai mare căldură interioară, îndeosebi în privinţa modurilor în care ei fac faţă frustrărilor şi obstacolelor. Semnalele de căldură şi susţinere interioară au şanse mai mari să inducă starea de liniştire din punct de vedere emoţional şi fiziologic şi este important să

împărtăşim aceste idei, astfel încât pacienţii să înţeleagă scopul exerciţiului. După aceea, este important să ajutăm pacienţii să *genereze gânduri alternative într-un mod plin de căldură, susţinere şi compasiune.* Este un lucru esenţial, mai ales când este vorba despre manifestări ale sentimentului de autocritică. Terapeutul poate să întrebe: „Cum *sună* această perspectivă alternativă pentru tine, când îţi trece prin minte? Ţi se pare caldă şi liniştitoare sau rece, logică, distantă ori furioasă?". Cu cât vă veţi ajuta mai mult pacienţii să îşi dezvolte căldură interioară în universul lor intim, cu atât mai uşor va fi să le calmaţi depresia.

Aşadar, după cum am specificat tot timpul până acum, dacă sunteţi la început în activitatea terapeutică, încercaţi să nu fiţi prea fascinaţi sau îngrijoraţi de tehnici, astfel încât să pierdeţi din vedere unele aptitudini esenţiale în consiliere. Consilierea este un proces în care relaţia pe care o închegaţi cu pacientul dumneavoastră este de o importanţă supremă.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 13

Abordarea dificultăților specifice (I): aprecierea, reuşita, asertivitatea şi rebeliunea

Capitolul de faţă, precum şi următorul explorează unele sugestii de lucru cu dificultăţi specifice, care sunt comune în cazul depresiei. Capitolele anterioare au evidenţiat unele modele de gândire în ceea ce priveşte depresia şi o varietate de intervenţii centrate (de exemplu, prin concentrarea asupra gândurilor, sentimentelor şi comportamentelor şi dezvoltarea compasiunii faţă de sine). În primul rând, să observăm că la începutul fiecărei şedinţe sunt câteva lucruri care s-au dovedit deseori utile.

1. Verificați starea de spirit a pacientului la începutul fiecărei ședințe. S-a înrăutățit, a rămas constantă sau s-a îmbunătățit?
2. Terapeutul va trece în revistă sarcina de lucru pe care pacientul a încercat să o realizeze după finalizarea ședinței anterioare, de exemplu, să fie atent la gânduri, interpretări comportamentale, experimente sau roluri sociale noi.
3. Terapeutul va lua cunoştinţă de posibilele evenimente importante care au avut loc între cele două şedinţe.
4. Vor fi explorate sentimente şi opinii care au legătură cu şedinţele anterioare (de exemplu, „Există alte gânduri noi care ți-au venit săptămâna aceasta în urma ultimei noastre întâlniri?").
5. Terapeutul şi pacientul vor fixa împreună un plan şi prioritățile pentru ședința curentă (de exemplu, îl puteți întreba: „Spre ce ți-ai dori să ne îndreptăm azi atenția?").

Cele de mai sus au loc (de obicei) în primele zece minute ale oricărei şedinţe. Cu toate acestea, structura de desfăşurare a şedinţei de consiliere nu ar trebui să fie integral prestabilită, întrucât astfel pacientul ar putea evita teme importante de discuţie. Ne putem da seama că ne aflăm în această situaţie în cazul în care pacientul are tendinţa să lase materialul important de discutat pentru ultimele cinci minute. Pe măsură ce avansează consilierea, vor apărea mai multe informaţii, dintre care unele sunt legate de domeniile interpersonale majore care sunt problematice, iar acestea vor avea tendinţa să apară ca nişte teme repetitive (de exemplu, nevoia de apreciere/recunoaştere, asertivitatea etc.). Acest capitol va explora modul în care putem să operăm cu unele dintre aceste convingeri esenţiale şi strategii de siguranţă, începând cu nevoia de apreciere.

Nevoia de apreciere

Multe dintre teoriile care descriu depresia percep nevoia de apreciere ca pe un element care joacă un rol central în menţinerea vulnerabilităţii faţă de depresie (vezi capitolele 5 şi 6). Când căutarea aprecierii se limitează la domeniul vieţii intime, aceasta ia deseori forma nevoii de a primi confirmări că persoana respectivă este iubită, că va rămâne într-o relaţie strânsă cu cealaltă persoană şi/sau va fi protejată (Beck, 1983; Bowlby, 1980). Când nevoia de apreciere se manifestă într-un câmp mai puţin intim, căutarea aprecierii sociale se centrează pe recunoaşterea talentului sau a abilităţilor şi a apartenenţei sociale. Totuşi, acestea nu se exclud reciproc. Pierderea unor relaţii dorite, intime, implică deseori sentimente de dorinţă arzătoare şi de căutare a apropierii umane. Acele relaţii ce aparţin domeniilor mai degrabă sociale nu implică aceeaşi dorinţă arzătoare de apropiere. Atunci când are de-a face cu cazuri de dependenţă, terapeutul ar trebui să facă distincţia între dependenţa emoţională reală şi alte forme (de exemplu,

dependenţa economică). Deseori, dependenţa decurge dintr-un sentiment de inferioritate. Exemplul care urmează prezintă problemele cu care se confruntă Sally atunci când relaţionează strâns cu o altă persoană. Acest exemplu a fost prezentat în prima ediţie a cărţii de faţă.

La prima vedere, Sally părea să aibă nevoie de relaţii intense cu bărbaţii şi de siguranţa conferită de acestea. Devenise depresivă când o relaţie de lungă durată (cu Fred) se destrămase. Ea a înţeles noţiunile de bază ale abordării cognitive şi înregistrase unele progrese în consilierea pe care o urma. Cu toate acestea, părea să fie mai degrabă blocată în privinţa unor probleme esenţiale. În acest moment, am apelat la procedura avantajelor (câştiguri) şi dezavantajelor (pierderi) pentru a o ajuta să îşi formuleze singură dificultatea. Următorul dialog evidenţiază modul în care terapeutul poate folosi o „tehnică", dar trebuie să rămână deschis în faţa schimbărilor afective care se petrec pe parcursul şedinţei.

Sally: Se pare că nu sunt niciodată capabilă să am o relație reușită. Vreau să spun că am crezut că mă înțeleg perfect cu Fred, dar s-a terminat la fel ca celelalte relații.

Terapeutul: Ți-a spus Fred de ce a rupt relația?

Sally: Ei, a spus ceva, că poate eu eram exagerată. Ca și cum îmi doream prea mult să fiu sigură de această relație. Îmi doream să fiu cu el tot timpul. Așa înțelegeam eu că trebuie să fie doi oameni care se iubesc. Nu îmi plăcea când se uita la alte femei și, așa cum am mai spus, ne certam uneori din această cauză.

Terapeutul ar putea remarca posibilitatea existenţei unui mod de gândire în alb şi negru în acest caz, de tipul „dacă nu sunt cu iubitul meu tot timpul, înseamnă că nu avem o relaţie plină de iubire". Chiar dacă acest lucru nu este formulat în mod clar, aceasta este esenţa. Pentru Sally, identificarea modului de gândire în alb şi negru a fost doar parţial folositoare.

Terapeutul: Crezi că Fred avea dreptate într-o anumită măsură?

Sally: Probabil. Da.

Terapeutul: Putem continua să ne concentrăm asupra acestei probleme?

Sally: Poate, însă nu cred că m-aş putea schimba. Am încercat din toate puterile, dar se pare că am fost acaparată de această relație, de parcă ar însemna totul pentru mine.

Terapeutul: Sună ca şi când ar exista unele idei esențiale legate de incapacitatea ta de a te schimba. Ce zici dacă ne-am gândi la avantajele şi dezavantajele pe care le-ar implica schimbarea sau, dacă îți face plăcere, la câştiguri şi la pierderi? Poate că am ajunge la o idee mai clară despre ce este vorba de fapt. O să trasez pe hârtie două coloane şi o să le denumesc „avantaje" şi „dezavantaje". Este în regulă? [*Sally încuviințează din cap*] Acum, care ar fi avantajele schimbării, dacă ar fi să devii mai puțin implicată şi dependentă de o relație?

Sally: Ei bine, cred că ar face cu siguranță ca lucrurile să fie mai simple.

Terapeutul: OK, acesta este primul nostru avantaj. Va face lucrurile mai simple. Altceva?

Sally: Aş putea să păstrez un bărbat alături de mine. [*Terapeutul observă cuvintele „să păstrez". Cuvintele-cheie pot constitui indicii ale convingerilor esențiale puternice şi ale nevoilor resimțite de pacient*]

Terapeutul: Ai putea să păstrezi un bărbat. Alte avantaje?

Sally: [*Se gândeşte*] Nu, nu pot găsi nici un alt avantaj.

Terapeutul: Bine, hai atunci să ne oprim aici pentru moment. Să presupunem că ai descoperit cum să fii mai puțin implicată şi dependentă de o relație, cum te-ar afecta atunci toate acestea? Vreau să spun, care ar fi avantajele pentru tine? Cum te-ai schimba, cum ai fi în sinea ta? [*Aici, terapeutul îl ajută pe pacient să se focalizeze mai mult pe propria experiență interioară*]

Sally: Nu aş mai fi atât de geloasă.

Terapeutul: Te-ai simți mai bine?

Sally: O, da. Nu îmi place deloc că sunt geloasă. Mă afectează foarte mult.

Terapeutul: OK, așadar, dacă ai fi mai puțin geloasă, te-ar ajuta într-adevăr. Altceva, de exemplu, cum ar putea să se schimbe gândurile și fanteziile tale? [*Observați cum terapeutul este nevoit să o ajute pe pacientă să identifice avantajele prin întrebări*]

Sally: O, da, asta s-ar putea întâmpla. Da, nu aș mai pierde atât de mult timp construind fantezii sau îngrijorându-mă pentru acea relație. Așa cum ți-am mai spus până acum, relația în care sunt mă obsedează și nu fac altceva toată ziulica decât să mă gândesc la ea, în cea mai mare parte, întrebându-mă dacă o să funcționeze și ce se va întâmpla dacă n-o să meargă.

Terapeutul: Deci dacă ai fi mai puțin geloasă și dependentă, atunci ai putea să ai mai puține gânduri îngrijorătoare în legătură cu relația respectivă. Dar tu? Vreau să spun, cum ai putea ajunge să gândești despre tine – despre propria ta persoană.

Sally: Hm, m-am tot gândit la treaba asta de când te-am întâlnit și am vorbit cu Jackie despre asta. Chiar nu mă simt bine în pielea mea atunci când lucrurile nu merg în direcția dorită, de parcă aș fi făcut tot ce îmi stătea în putință și totuși lucrurile merg prost, astfel încât poate eu sunt de vină. Nu știu ce să cred despre toate astea.

Terapeutul: Ce fel de gânduri ai despre tine?

Sally: Este dificil de exprimat în cuvinte, dar undeva în sufletul meu simt că probabil este mai greu să fiu iubită. [*Observați cum terapeutul trebuie să pună mai multe întrebări pentru a o ajuta pe Sally să ajungă la propriile convingeri despre sine atunci când relația nu merge. După aceea, apare ideea „probabil este mai greu să fiu iubită"*]

Terapeutul: Mai sunt și alte gânduri sau sentimente pe care le ai despre tine?

Sally: Cred că sunt furioasă pe mine. Mă uit în urmă și înțeleg că am greșit. Mă gândesc cât de geloasă am

fost şi cât de mult am cerut de la el de multe ori şi îmi doresc să fiu mai relaxată, nu atât de dependentă, ştii tu. O parte din mine şi-ar dori să fie mai independentă. [*După o discuție mai detaliată despre toate aceste teme generale, terapeutul formulează rezumatul*]

Terapeutul: Hai să trecem în revistă câteva dintre avantajele pe care le-ai avea dacă ai fi mai puțin dependentă de o relație. Lucrurile ar fi mai uşoare. Te-ai simți mai puțin geloasă. Ai putea să păstrezi relația. Ai putea să fii mai puțin furioasă pe tine şi să te simți mai bine în pielea ta. Ai putea deveni o persoană mai independentă. Cum sună lucrurile acestea?

Sally: Ei bine, când le înşiri pe toate în felul acesta, sună caraghios că m-am implicat atât de mult şi cred că îmi scapă ceva.

Terapeutul: [*Zâmbind*] Cred că totuşi întrezăresc un „dar" pe chipul tău.

Sally: Faci să sune totul atât de logic, însă nu mă pot abține. Inima este cea care mă conduce.

Sally recunoaşte logica schimbării, cu toate că nu este convinsă. Nici un terapeut nu ar trebui să fie descurajat de acest lucru. Astfel, trebuie să ne mutăm în zona dezavantajelor. Într-adevăr, atunci când consiliem persoanele depresive, poate fi mai puţin important să le ajutăm să înţeleagă care sunt avantajele schimbării decât ar putea fi conştientizarea dezavantajelor. *În acest punct al terapiei, să fiţi pregătiţi să aveţi de-a face cu ambivalenţa, întrucât este un lucru comun în demersul schimbării, chiar atunci când avantajele par extrem de puternice.* Ar putea exista unele ameninţări şi strategii de siguranţă care o trag în urmă pe Sally. De aceea, faptul că petrecem mai mult timp analizând dezavantajele poate fi într-adevăr important. Acest lucru s-a dovedit a fi important şi în cazul lui Sally.

Terapeutul: [*Zâmbeşte*] Ai dreptate, cu siguranță. Ne propunem să abordăm problema într-un mod cât mai rezonabil, dar sentimentele noastre nu se supun întotdeauna logicii. Totuşi, poate că, aşa cum spui şi tu, vei

înțelege că nu se rezumă totul doar la câștiguri atunci când ai o relație intensă. Oricum, vom putea reveni asupra acestui aspect. Să ne concentrăm acum pe faptul că ai amintit din nou că această relație te-a acaparat.

Acum, terapeutul a explorat deja lanțurile de raționamente deductive în legătură cu relațiile pacientei și a ajuns la concluzia că pentru Sally sentimentul pozitiv față de propria persoană este foarte mult legat de ideea de a avea un bărbat care să o iubească (altfel spus, relații foarte strânse). În același timp, ea este într-o situație *de competiție* în iubire, de unde și gelozia ei. Ea are convingeri proprii, cum ar fi: „Dacă un bărbat mă iubește, trebuie să fiu la fel de bună sau mai bună decât alte femei". Așadar, va exista problema sentimentului de a fi înfrântă dacă va pierde în „competiția iubirii". Cu toate acestea, în același timp, ea se simte vulnerabilă, deoarece „părerea bună despre sine" poate să dispară dacă relația ei eșuează. Sally nu a fost capabilă să facă un progres prea mare odată cu o gândire alternativă simplă, astfel încât problema poate fi abordată dintr-o direcție diferită și putem încerca să o angajăm pe Sally într-un proces mai complex de înțelegere a beneficiilor și pierderilor (amenințărilor) în cazul în care își va schimba stilul fundamental.

Terapeutul: Până acum am analizat câteva dintre avantajele de a deveni mai puțin implicată în relațiile cu bărbați, însă acum să ne gândim la dezavantaje. Ce ai avea de pierdut?

Sally: [*Se gândește*] Primul lucru care îmi vine în minte, chiar de când ne ocupam de avantaje, a fost că nu ar fi ceva firesc.

Terapeutul: Firesc?

Sally: De parcă nu aș fi eu, ca și cum doar m-aș preface sau nu mi-ar păsa prea mult.

Terapeutul: Deci trăirea ta intensă este cea care face să pară totul real și firesc?

Sally: Da.

Terapeutul: OK, ce alte dezavantaje mai sunt?

Sally: Nu aş fi chiar atât de sigură că acela este bărbatul potrivit pentru mine. Ca şi când mi-aş pierde timpul. [*Terapeutul se gândeşte la afirmaţia „bărbatul potrivit pentru mine" şi analizează posibilitatea de a lua în considerare dovada că emoţiile sunt cea mai bună cale de a emite astfel de judecăţi. El se întreabă care ar putea fi teama din spatele afirmaţiei „să nu întâlneşti bărbatul potrivit"? Totuşi, în acest moment, el decide să se concentreze asupra trăirilor interne*]

Terapeutul: Ce ai simţi în sinea ta?

Sally: [*Gândindu-se*] Un fel de gol, cred.

Terapeutul: Gol. Fără intensitatea trăirii ai simţi un gol?

Sally: Cred că da.

Terapeutul: Dar tu? Cum te-ai percepe? [*Din nou, observaţi cum terapeutul revine la autoevaluarea interioară şi la percepţia de sine*]

Sally: Acelaşi sentiment de a te simţi gol.

În acest moment, opiniile lui Sally îi influenţează afectul, iar ea pare să devină mai tristă. Acest aspect se reflectă în comportamentul ei nonverbal şi îi încetineşte discursul. Este important să observăm aceşti indicatori afectivi (Greenberg şi Safran, 1987; Greenberg şi Watson, 2006). Deci chiar dacă apelăm la o tehnică suficient de structurată, vom rămâne sensibili la schimbările afective din timpul şedinţei. Ne dorim totodată să explorăm dacă aceste sentimente provin dintr-o schemă reactivată şi/sau amintiri emoţionale – ce a determinat această schimbare de afect.

Terapeutul: Este interesant, Sally. Fără trăirea intensă a unei relaţii, ceea ce simţi este un gol imens, iar tu te simţi golită de sentimente. Îţi aminteşti să mai fi avut înainte aceste sentimente, de exemplu, în copilărie? [*Această întrebare, „îţi aminteşti?", constituie legătura dintre trecut şi amintirile emoţionale*].

Sally: [*Ritmul discursului încetineşte şi ea vorbeşte mai hotărât*] Pe măsură ce mă gândesc la acest lucru,

îmi amintesc de tatăl al meu. Săracul meu tată, era nevoit să muncească din greu şi deseori era plecat de acasă. Nu pot să uit această imagine, cum îl aşteptam la fereastră să vină acasă, pentru ca apoi mama să spună că trebuie să merg la culcare sau că nu o să vină în noaptea aceea acasă. Îmi lipsea tare mult în acele vremuri pentru că de câte ori era acasă, petrecea mult timp cu mine şi mi se părea într-adevăr grozav, *într-adevăr* ar fi fost grozav şi minunat. Mă scotea în oraş. Nu ca mama. Uram faptul că trebuia să plece din nou, iar viaţa mi se părea monotonă. Mai târziu au divorţat şi, în secret, am sperat mult să pot să plec şi să stau la el, însă mama dorea să stăm cu ea. Presupun că avea nevoie de noi, dar eu îmi doream să fiu cu tata.

Conform teoriei ataşamentului, tata fusese „grozav, dar o abandonase", declanşând sentimente puternice în fiinţa lui Sally, de la „a-şi dori apropierea", până la teama şi presimţirea „pierderii". Sally făcuse în mod spontan o legătură cu trecutul, evocând diverse amintiri. Safran şi Segal (1990) arată că operarea cu date din trecut este importantă, în special dacă sunt explorate în timpul consilierii, în prezenţa afectului şi când survin în mod spontan. Astfel, nu vom putea lăsa această oportunitate să treacă pe lângă noi.

Terapeutul: Asta înseamnă că lui chiar îi făcea plăcere să stea cu tine când era acasă?

Sally: Uneori mă gândeam că îi făcea plăcere mai mult să stea cu mine decât cu mama. Nu se înțelegeau deloc. Nu vorbea prea mult despre asta, dar am simțit întotdeauna că sunt de partea lui.

Terapeutul: Împotriva mamei?

Sally: Da, se poate.

Pe lângă observarea unei relaţii cu un tată grozav, dar care a abandonat-o, terapeutul mai remarcă o posibilă *competiţie* cu mama pentru câştigarea afecţiunii tatălui. Terapeutului îi trece prin minte că acest lucru ar putea avea într-un fel legătură cu stilul

competitiv al lui Sally şi precipitarea de a-şi abandona prietenele de fiecare dată când era în relaţie cu un bărbat. Dar, având în vedere că punctul central este nevoia de intensitate a sentimentului, vom rămâne la această temă.

Terapeutul: Se pare că ai tânjit întotdeauna după această intensitate a sentimentului, îți doreai să fie acolo mereu; să fii alături de tata.

Sally: [*Dă din cap cu tristețe*]

Terapeutul: Crezi că acele experiențe ar putea avea vreo legătură cu ceea ce se întâmplă cu tine în prezent când ai o relație?

Sally: Niciodată nu m-am gândit la asta. [*Face o pauză*] Înțeleg cum stă treaba.

Terapeutul: Pari tristă.

Sally: Tocmai mi-am amintit cât de singură mă simțeam altădată şi cât de mult mi-aş fi dorit ca el să fi venit acasă.

În acest moment, pe măsură ce abordam procedura avantaje--dezavantaje, am exploatat o amintire emoţională puternică legată de o nevoie de intensitate a sentimentului şi de apropiere şi am evidenţiat că există atât dorinţa de a dobândi din nou apropierea, cât şi teama de a nu o pierde. În teoria ataşamentului (vezi capitolul 5), acest aspect ar putea fi interpretat ca un ataşament anxios faţă de tată, care a fixat un model pentru ataşamentul anxios faţă de bărbaţi. Cu toate acestea, ideea este că ar putea fi vorba de influenţa unor experienţe din copilărie şi acestea vor trebui explorate pentru a o ajuta pe Sally să îşi schimbe stilul interpersonal faţă de iubiţii ei.

Este important astfel ca terapeutul să nu folosească tehnicile de consiliere doar ca pe nişte „tehnici", ci să le perfecţioneze într-o relaţie terapeutică. Ele constituie o reţetă nu doar pentru a ajuta pacienţii să înţeleagă la nivel raţional natura acestor dificultăţi, ci şi pentu a-i face să se angajeze într-o *experienţă emoţională*. Aşadar, terapeutul va dori să încerce să aducă această experienţă emoţională pe lista dezavantajelor.

Terapeutul: OK, Sally, poate vom reuşi să înțelegem cum poate această nevoie de intensitate a sentimentului să aibă de-a face cu experiența pe care ai avut-o în trecut legată de tatăl tău. Dar presupun că aceasta s-ar dovedi a fi un avantaj. Vreau să spun că dacă ceva din nevoia de intensitate vine dintr-o relație dezamăgitoare cu tatăl tău, atunci ar putea fi util să încerci să te ocupi de această dezamăgire în loc să o duci cu tine mai departe, dintr-o relație în alta. [*Aici, terapeutul își îndreaptă atenția spre stilul interpersonal al lui Sally*]

Sally: Nu am ştiut acest lucru, însă acum mi se pare logic. Vrei să spui că eu încerc să recuperez ceva?

Terapeutul: Tu ce crezi?

Sally: Cred că în adâncul meu am ştiut acest lucru, dar nu eram conştientă de el. [*Pauză*] O, sună aiurea, nu-i aşa?

Terapeutul: [*Cu delicatețe*] Nu aş spune deloc aiurea. Pare să fie vorba mai mult de realizarea unor conexiuni. Câteodată simțim, dar este ca şi cum s-ar petrece undeva în spate, pe un fundal, fără claritate.

Sally: Da, aşa stau lucrurile, în fundal, fără claritate.

Sally observă că este conştientă de problemă, însă nu este capabilă în mod conştient să facă în mintea ei conexiunea între lucruri şi să le articuleze clar. Când oamenii fac aceste conexiuni, ele au o logică emoţională şi totul pare „corect". Acesta este unul dintre procesele terapiei. După aceea am avut o discuţie legată de ceea ce înţelegem când spunem „în fundal" şi cum unele dintre idei şi sentimente ajung să se conecteze înăuntrul nostru, fără ca noi să înţelegem aceasta într-un mod conştient. De fapt, Sally avea o convingere care îi spunea: „Trebuie să am o relaţie strânsă cu un bărbat pentru a fi fericită". Aceasta îşi avea rădăcina într-o experienţă reală (amintiri emoţionale) legată de sentimentul de fericire, când era lângă tatăl ei şi îşi dorea cu disperare acest lucru atunci când el nu era alături de ea. Gelozia ei era parţial legată de ameninţarea externă de a pierde contactul cu „o prezenţă

dorită" şi parţial de ameninţarea interioară de a se simţi din nou singură, aşa cum se întâmpla în copilărie – reactivarea unor amintiri emoţionale dureroase.

Terapeutul: Aşadar, putem spune că dezavantajul de a renunța la nevoia de intensitate poate însemna că te simți mai puțin capabilă să „recuperezi ceva", pentru a folosi propriile tale cuvinte.

Am petrecut aproape 20 de minute purtând o discuţie cu încărcătură emoţională în jurul acestei teme, încercând să o clarificăm şi să formulăm temerile şi convingerile esenţiale. Punctul central a rămas dezavantajul de a pierde din intensitatea trăirilor în relaţia cu bărbaţii. Nu este vorba doar de legătura cu trecutul, care era importantă în acest caz, ci şi de conexiunea cu amintirea unui sentiment de gol intens şi pierdere. La sfârşitul acestei părţi a şedinţei, terapeutul a revenit la sarcina de bază. Amândoi câştigaseră o înţelegere mai profundă a pierderilor de care se temea pacienta, asociate cu schimbarea şi renunţarea la intensitatea sentimentului. Uneori tristeţea lui Sally era profundă.

Terapeutul: OK, Sally, hai să ne uităm pe hârtie şi să vedem ce avem aici. În primul rând, înțelegi că intensitatea exagerată într-o relație nu îți face bine acum. Prin urmare, recunoşti că ar exista unele avantaje posibile în faptul că ai ajunge să te implici mai puțin intens. Totuşi, există multe dezavantaje când faci această schimbare. În primul rând, poate să facă relația să pară nefirească sau ireală şi acest lucru duce la trăirea unui sentiment de gol şi lipsă de afecțiune. Acest lucru, la rândul său, îți aminteşte de relația dintre tine şi tatăl tău. Deci, deşi la un nivel logic poți să înțelegi că există avantaje dacă ai deveni implicată mai puțin intens şi dependent, totuşi, la un nivel emoțional, acest fapt nu este resimțit ca un câştig, ci ca o mare pierdere. Desigur, nimeni nu se va schimba dacă va simți în sinea lui că se îndreaptă spre o pierdere.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Sally: [*Îi apar lacrimi în ochi*] Da, trebuie să spun că am tot încercat să mă gândesc intens la acest lucru în timpul terapiei, dar acesta a fost sentimentul. Ştiu că îmi doresc să mă schimb şi o parte din mine ştie că lucrul acesta este rezonabil, însă în sinea mea eu nu vreau să mă schimb, mă simt de parcă ar trebui să las în urmă ceva important.

Terapeutul: Crezi că acum ai înţeles mai clar ceea ce ai putea să laşi în urmă?

Sally: Genul de relaţie pe care mi-am dorit să o am cu tata. [*Plânge încetişor*]

Odată ajunşi aici, am rămas tăcut, lăsând-o pe Sally să conştientizeze durerea pe care i-a adus-o înţelegerea. Pe măsură ce terapia progresa, Sally a început să resimtă un fel de furie faţă de tatăl ei, pe care îl idealizase. Nu fusese capabilă să dezvolte acest sentiment înainte, deoarece sentimentele ei pozitive pentru el fuseseră speciale şi o sursă importantă a stimei de sine. Acest lucru nu este deloc ieşit din comun în cadrul unor relaţii idealizate, când de fapt a fost vorba despre pierdere şi distanţă. Poate fi util uneori să simţi furia (Greenberg şi Watson, 2006). Pe Sally a ajutat-o să înţeleagă că deseori, în relaţiile apropiate, simţea că este plină de resentimente, fără să ştie de fapt de ce. A început să exploreze teama de a fi singură şi părăsită. Fără intensitatea sentimentelor, putea să ajungă la fel ca mama ei, singură şi plină de amărăciune, deci, din nou, tehnicile terapiei constituiau modalităţi de a o ajuta să dobândească *înţelegere* şi să facă schimbări importante pentru a se înţelege pe sine şi relaţiile interpersonale. Una dintre sarcinile ei în afara şedinţelor era să încerce să analizeze relaţiile obişnuite de prietenie cu bărbaţi şi să îşi analizeze sentimentele pe care le avea faţă de aceştia. Ne-am orientat totodată asupra altor modalităţi de evaluare a genului de relaţie pe care şi-o dorea cu un bărbat (de exemplu, onestitate, respect, împărtăşirea unor activităţi plăcute etc.). Pe măsură ce terapia progresează, terapeutul inventează treptat împreună cu pacientul

său diverse teme şi pune în lumină convingeri esenţiale şi amintiri, astfel încât să devină disponibile pentru a fi reanalizate în condiţiile actuale.

Reuşita

Nevoia de reuşită şi de recunoaştere socială este de asemenea comună în depresie (vezi capitolele 5 şi 6). Să aruncăm o privire asupra cazului lui Dan, care a demonstrat acest lucru din plin. Dan simţea nevoia de apreciere, dar nu o manifesta ca pe o nevoie acută de apropiere, aşa cum făcea Sally. Mai degrabă era o nevoie de a fi recunoscut ca o persoană talentată şi capabilă. Haideţi să examinăm acum cazul lui Dan prin aceeaşi metodă a avantajelor şi dezavantajelor (câştiguri-pierderi).

Terapeutul: Spuneai mai devreme, Dan, că simţeai o mare nevoie să reuşeşti ceea ce îţi propuneai şi că părerea ta era că cea mai mare parte a vieţii tale fusese un eşec. În ultimele şedinţe, am analizat împreună dovezile în sprijinul acestei idei şi ne-am gândit ce i-ai spune unui prieten aflat în aceeaşi situaţie. S-au schimbat în vreun fel lucrurile?

Dan: Înţeleg unde vrei să ajungi şi pare să aibă sens. Mă învinovăţesc destul, însă totul se derulează automat, încât este greu să mai schimb ceva.

Terapeutul: Ei bine, hai să privim pentru o clipă lucrurile dintr-o perspectivă diferită. Putem să întocmim o listă a câştigurilor şi pierderilor pe care le-ar provoca schimbarea nevoii tale de succes. O să mă aşez lângă tine şi vom scrie amândoi. [*Face acest lucru*] Acum, hai să ne uităm la avantaje în primul rând. Care ar putea fi avantajele schimbării acestui impuls de a avea mereu succes?

Dan: Aş fi mai relaxat faţă de ce mi se întâmplă şi mai puţin neliniştit.

Terapeutul: Altceva?

În acest fel, următoarele avantaje au ieşit singure la iveală. „Aş fi mai puţin aspru cu mine însumi. M-aş împăca cu felul meu de a fi. Dacă aş fi mai puţin tensionat, nu aş fi atât de deprimat. Viaţa ar fi mai amuzantă."

Terapeutul: OK, hai să aruncăm o privire acum asupra dezavantajelor.

Amintiţi-vă că dezavantajele sunt la rândul lor *ameninţări* pe care le reprezintă o schimbare şi în acest fel sunt menţinute *statu-quo*-ul şi strategiile de siguranţă. Iată care erau dezavantajele : „Aş putea deveni un tip neglijent. Aş putea sfârşi prin a fi leneş. Aş pierde respectul celorlalţi [*îşi făcea un titlu de mândrie din faptul că ceilalţi îl considerau un perfecţionist. În acelaşi timp, se mândrea cu faptul că se simţea superior altora*]. Mi-aş putea pierde scopul în viaţă, iar viaţa ar deveni goală şi lipsită de sens".

Terapeutul: Este de înțeles de ce ți-ar fi dificil să te schimbi, dacă acestea sunt consecințele probabile. Terapia îți dă probabil sentimentul de confuzie, dacă tu crezi că prin schimbarea stilului te vei simți mai rău, iar viața îți va părea goală și lipsită de sens.

Dan: [*O pauză lungă în timp ce Dan se uită pe listă*] Da. Aşa stau lucrurile. Înțeleg într-un fel ce vrei să spui, însă nu a fost niciodată ceva potrivit pentru mine, de parcă mi-a fost teamă să mă las dus de val. M-am simțit într-adevăr dezorientat.

Începând de aici, terapia a mers mai aproape de temerile lui şi de sentimentul de superioritate pe care Dan îl avea din pricina dorinţei lui de perfecţionism şi teama de a nu pierde controlul situaţiei. Era un fel de *a deplânge* lipsa aprecierii din prima parte a vieţii sale şi o încercare de a privi viaţa prin prisma unor activităţi mai plăcute. Un mod de gândire în alb şi negru este adesea asociat cu teama de a nu deveni mai neglijent şi de a-şi pierde respectul celor din jur. De fiecare dată, reuşeam să ne concentrăm asupra *temerilor* de schimbare.

În aceste cazuri, terapeutul trebuie să empatizeze cu sentimentele (uneori disperate) de nevoie de recunoaştere şi de a fi apreciat la adevărata valoare. În termeni cognitivi, acestea sunt convingerile de tipul „eu trebuie". Aceşti pacienţi nu îşi doresc neapărat grijă din partea altora sau să aibă o relaţie strânsă şi intensă cu cineva. Cel mai adesea, ei caută un sens al valorii personale care îi va ajuta să simtă că sunt auziţi, ascultaţi, apreciaţi şi conectaţi social şi au conceput diverse tactici pentru a reuşi acest lucru. Dacă terapeutul nu înţelege această nevoie de valoare personală şi trece prea repede la încercarea de a schimba modul de gândire al pacientului, acesta se poate simţi neînţeles. În continuare, terapeutul ar trebui să fie atent la *dezamăgirea şi tristeţea profunde* generate de sentimentul că nu a fost apreciat. Uneori, terapeuţii pot să piardă din vedere ce luptă dificilă duce pacientul lor pentru a câştiga respect şi un sens al valorii personale, care adesea sunt scopuri importante în viaţă (vezi capitolele 5 şi 6).

În ambele cazuri, cel al lui Sally şi cel al lui Dan, terapeutul revine adesea la autoevaluare. Cheia este să ajutaţi pacientul să evite autoînvinuirea sau subestimarea dacă nu reuşeşte să îşi atingă scopul propus. Dacă pacientul pune capăt autoînvinuirii şi păstrează o relaţie cu sine rezonabilă constantă, atunci depresia ar putea fi vindecată. Astăzi aş fi folosit o abordare centrată mai mult pe compasiune, tocmai pentru a atinge acest scop, însă Dan s-a descurcat bine, deoarece a putut lucra cu propriile sentimente. Haideţi acum să trecem în revistă câteva idei în legătură cu una dintre cele mai folosite tehnici, cea a identificării avantajelor şi dezavantajelor.

Aspecte-cheie 13.1. *Procedura identificării avantajelor şi dezavantajelor*

1. Terapeutul ar putea fi nevoit „să extragă" avantajele prin întrebări şi să ajute pacientul să întocmească o listă a acestora.
2. Terapeutul recurge la întrebări pentru a ajuta pacienţii să formuleze felul diferit în care ar putea ajunge să gândească despre ei înşişi prin prisma schimbării.

3. Cu toate acestea, este firesc ca în urma enumerării avantajelor schimbării să nu se înregistreze întotdeauna rezultate. Deseori, persoanele depresive știu ce ar fi cel mai bine pentru ele, însă nu pun în aplicare ceea ce gândesc.
4. Prin urmare, poate fi extrem de important să luăm în considerare dezavantajele pe care le implică schimbarea, deoarece sunt evidențiate amenințările și se poate clarifica modul în care o parte a problemei este legată de strategiile de siguranță.
5. Astfel, terapeutul poate pune întrebări pentru „a extrage" convingerile negative legate de sine, propriile experiențe și temeri, precum și pierderile principale care ar putea apărea în urma schimbării.
6. Dacă pacienții relatează în mod spontan amintiri sau imagini din trecut, care au legătură cu unele emoții negative, terapeutul ar trebui să le exploreze. Uneori, procedura identificării avantajelor și dezavantajelor constituie punctul central al întregii ședințe sau al mai multora.

Asertivitatea

Există dovezi de necontestat că o slabă asertivitate este deseori o problemă în cazul unor depresii (Arrindell *et al.*, 1988). În cartea mea de literatură motivațională (Gilbert, 2000a) sunt două capitole dedicate furiei și asertivității. În mod obișnuit, persoanele depresive care au probleme în manifestarea furiei și asertivității, fie vor dezvolta resentimente puternice și de aceea se vor eticheta ca fiind rele, fie se vor simți slabe pentru că nu au tăria să își susțina punctul de vedere și/sau ar putea avea izbucniri de furie și atunci se vor simți vinovate și chiar mai deprimate și inhibate. În mod evident, asertivitatea este un stil interpersonal, care are diverse consecințe sociale și, desigur, în ultima vreme m-am concentrat asupra asertivității *pline de compasiune*. De ce nu sunt pacienții depresivi mai asertivi? Poate fi o problemă esențială de aptitudine, și acest lucru necesită educarea conform unui antrenament obișnuit

al aptitudinilor sociale. Cu toate acestea, se poate ca aceştia să perceapă totodată anumite dezavantaje asociate cu eventualitatea în care ar deveni mai asertivi, cel mai des fiind vorba de pierderea aprecierii sau de părăsire (vezi şi Leahy, 2002). În unele cazuri, o slabă asertivitate a constituit sursa unei stime de sine pozitive („Sunt o persoană apreciată pentru că nu sunt băgăreţ"). De fapt, putem identifica câteva teme de bază care menţin o persoană într-o stare de submisivitate, nonasertivă. În acest fel, terapeutul poate explora diverse motive (temeri fundamentale) care generează inhibarea asertivităţii în depresie. Din nou, acestea pot ieşi la iveală datorită explorării dezavantajelor şi prin observarea felului în care ele sunt deseori centrate pe ameninţare şi frică. În continuare, sunt prezentate câteva motive tipice.

Frica de contraatac şi de ruşine

În acest caz, persoana se teme să nu fie copleşită de contrareacţia venită din partea altei persoane. Poate fi vorba de teama de a nu se afla în imposibilitatea de a da o replică, de a se trezi cu mintea golită de orice idee, de a părea stupidă sau de a uita ceea ce dorea să spună, sau de ideea că cei din jur ar putea să o domine sau să fie mai rapizi în reacţii etc. Mai poate fi teama de pierdere a siguranţei de sine sau de „a se pune într-o lumină proastă" şi de a fi cuprins de sentimente de *ruşine*. De asemenea, mai poate fi vorba de teama de umilire usturătoare, respingere sau chiar rănire de către o persoană mai puternică. De unde deducem că teama fundamentală este legată de ideea că se vor descurca extrem de greu.

Frica de pierdere a controlului

Asertivitatea poate fi stimulantă din perspectivă fiziologică, iar unii pacienţi ajung să se teamă de acest gen de stimulare. Ei s-ar putea îngrijora că ar putea să piardă controlul sau să spună ceva

nepotrivit ori de care le va fi ruşine. Prin urmare, semnalele fiziologice interne pot acţiona ca inhibitori ai asertivităţii.

Frica de a fi părăsit

Pacienţilor le poate fi frică de faptul că altora ar putea să nu le placă de ei sau că i-ar putea părăsi, dacă ar fi asertivi. Acest lucru este valabil, în mod normal, în cazul relaţiilor mai strânse, de tipul prieteniei. În continuare, acesta este asociat cu ideea că nu ar fi capabili să facă faţă problemelor singuri, că vor deveni lipsiţi de valoare, de afecţiune sau incapabili.

Drepturile personale

Unora dintre pacienţi nu le este clar care sunt drepturile lor personale. Ei sunt pregătiţi să inventeze diverse scuze pentru comportamentul inadecvat al celor din jur faţă de ei sau să îşi asume opinia că „alţii sunt mai importanţi decât mine". Se simt vinovaţi dacă se pun pe ei înşişi înainte sau dacă au propriile nevoi. Ei pot avea (la suprafaţă) o atitudine de grijă excesivă faţă de alţii, dar nu întotdeauna fără un anumit resentiment, deoarece ceilalţi nu le recunosc (fără ca ei să le fi cerut acest lucru) nevoile. Deşi le permit celor din jur să îi calce în picioare, şi-ar dori ca aceştia să îi respecte fără să fie nevoie să îşi afime singuri drepturile.

Autoînvinovățirea

Nu este deloc neobişnuit pentru pacienţi să îşi asume complet vina pentru unele conflicte în anumite situaţii. Chiar şi unele femei care au suferit de pe urma abuzului domestic s-ar putea învinovăţi singure (vezi capitolul 6). După cum am remarcat de nenumărate ori, auto-învinovăţirea poate fi o strategie extrem de protectoare, întrucât reduce şansele represaliilor, dar, în acelaşi timp, intensifică depresia.

Sinele pozitiv şi competitivitatea

Unii pacienţi susţin că nu le plac persoanele asertive şi le consideră egoiste. De aceea, pot să se simtă bine aşa cum sunt, dacă se abţin să se comporte asemenea „acelor egoişti". Într-un fel, lipsa de asertivitate este privită ca o dovadă a bunătăţii sufletului şi a unui altruism grijuliu. Perspectiva de a deveni mai asertivi ameninţă să îi transforme în persoane asemănătoare celor pe care nu îi plac şi ar însemna să îşi piardă o anumită satisfacţie asociată cu felul lor de a fi, crezând că astfel sunt mai plăcuţi decât alte persoane.

În oricare dintre cazuri, fiecare sau toate aceste posibilităţi pot fi prezente. De asemenea, pacientul ar putea să se simtă furios faţă de ceea ce el percepe ca egoism al celorlalţi. El ar putea deţine convingeri de genul: „Ceilalţi nu ar trebui să se comporte astfel, ar trebui să ştie că este greşit. Mă aştept/cer de la alţii să se comporte aşa cum cred eu că este corect". În cel de-al doilea caz, este vorba mai degrabă despre folosirea proiecţiei decât de teoria minţii. Totodată, pacienţii ar putea să îşi dorească să se răzbune. De obicei, procedura găsirii avantajelor şi dezavantajelor dezvăluie temele mai problematice şi terapia poate fi adaptată în conformitate. Poate fi de asemenea util să se interpreteze roluri adaptate unor situaţii, astfel încât pacienţii să poată învăţa comportamente asociate cu o asertivitate utilă şi plină de compasiune şi să opereze cu cogniţiile negative ce pot să apară. Această situaţie poate fi abordată de asemenea în grupuri structurate de lucru, centrate pe problema asertivităţii. Multe femei care au fost deprimate confirmă avantajele lucrului în acest gen de grupuri (vezi Dickson, 1982).

Asertivitate, atracţie şi iniţiere

O problemă specială în cazul unora dintre pacienţi este că aceştia nu iniţiază lucruri care reprezintă întăriri pozitive. Într-o analiză a factorilor, Arrindell şi colaboratorii (1988) descopereau că

asertivitatea are cel puţin patru componente: 1) expunerea unor sentimente negative, implicând susţinerea propriei persoane şi angajarea în conflict; 2) exprimarea şi confruntarea cu limitările personale, implicând pregătirea de a accepta greşeli şi deficienţe; 3) iniţierea asertivităţii, ceea ce implică expunerea publică a propriei opinii; 4) lăudarea celorlalţi şi acceptarea laudei.

Unul dintre rezultatele evidente în urma cercetării este că pacienţii depresivi nu sunt nişte persoane de a căror prezenţă ne putem bucura (Segrin şi Abramson, 1994). Aceasta, în parte, deoarece ele nu iniţiază interacţiuni pozitive. Acest lucru se întâmplă din diferite motive, de exemplu, frica de respingere sau de a atrage prea mult atenţia. Un alt motiv ar putea fi o atenţie centrată prea mult asupra sinelui (de exemplu, vezi Pyszczynski şi Greenberg, 1987). Resentimentul poate fi de asemenea important. De exemplu, nu este ieşit din comun să constatăm că un individ nu iniţiază actul sexual din cauza resentimentului pe care îl are faţă de partener. Pe de altă parte, satisfacerea nevoilor sexuale poate asigura un sentiment de putere şi de a fi dorit. Însă iniţierea este o aptitudine socială importantă, iar fluxul nostru de interacţiuni sociale pozitive depinde de acest lucru. L-am putea numi entuziasm. Unii terapeuţi se concentrează pe aceste aspecte comportamentale şi sociale ale depresiei (McCullough, 2000).

John era destul de neliniştit în legătură cu iniţierea interacţiunilor sociale. Soţia îl găsea dificil. Uneori era prost-dispus când stătea acasă şi se aştepta ca soţia lui să fie sensibilă şi să stea de vorbă cu el despre ceea ce îi trecea prin minte (de obicei unele nemulţumiri minore). Dacă ea îl întreba, obişnuia să repete un mic ritual în care nega că ar fi fost vreo problemă, după care soţia lui insista că totuşi ceva era în neregulă. El jucat mereu acelaşi joc, lăsând-o pe ea să îi „smulgă cuvintele". Când soţia lui a obosit să mai participe la acest „joc", el a devenit mai irascibil, atribuind resentimentul său lipsei de grijă din parte ei. Proasta dispoziţie poate fi o problemă serioasă în unele cazuri de depresie (Dryden, 1992). Acest pattern poate fi dezvoltat în copilărie.

În relaţiile sexuale era vorba de aceeaşi poveste. Ar fi preferat ca soţia să fie cea care iniţia actul sexual şi să aibă semnale clare că ea îşi dorea să facă dragoste. Şi acest aspect a constituit o presiune în plus pentru soţia lui. Lucrul în afara şedinţelor a implicat: a) să înveţe să renunţe la jocul „este de datoria ta să mă determini să vorbesc despre nemulţumirile mele ca un test al grijii tale faţă de mine"; b) iniţierea cel puţin a unei interacţiuni pozitive pe zi; c) să îşi exprime dorinţa faţă de contactul sexual clar şi „deschis". În acest scop, soţia lui John a fost invitată să participe la şedinţele de consiliere, iar el a fost suprins să afle cât de mult îi displăcea ei să fie nevoită să depună tot acest efort emoţional. Desigur, este nevoie şi de explorarea dezavantajelor pe care le implică aceste schimbări – ce ameninţare presupune schimbarea? Din câte îmi amintesc, una dintre problemele cu care se confrunta John era că nu putea face faţă ambivalenţei şi să îşi admită deschis iritările. Aşadar, se temea de schimbare (sau cel puţin de procesul schimbării) deoarece ar fi trebuit să facă faţă acestor lucruri, să recunoască faptul că se încărcase cu multă furie, care venea din trecut, şi adesea se simţea împins în vâltoarea lucrurilor, iar după aceea avea resentimente faţă de el şi ceilalţi. Şi totuşi, ceea ce îşi dorea cu adevărat era să se simtă iubit, apreciat şi să simtă el însuşi că este o persoană blândă, iubitoare. Nu putea să întrevadă nici o portiţă spre reconcilierea acestor două aspecte (Jekyll şi Hyde) din sinea lui. Aşadar, am făcut progrese, concentrându-ne pe empatizarea cu acest efort şi cu temerile lui – de a nu se putea „debarasa" de părţile care ţineau de dl Hyde (aceasta era şi ideea poveştii iniţiale), dar pe care le puteam modela şi înţelege într-un mod detaşat de ruşine, pentru a le schimba apoi. În acelaşi timp, desigur, am lucrat pentru a-l ajuta să devină mai angajat din punct de vedere social într-un mod util.

Comportamentul explorator din perspectivă socială se caracterizează prin manifestarea interesului şi a aprecierii în privinţa celorlalţi. Dacă cineva adresează întrebări, lansează idei (sau chiar iniţiază actul sexual) şi, în general, dacă explorează punctul de vedere al altei persoane, atunci înseamnă că manifestă interes (vezi

Heard și Lake, 1986, pentru o dezbatere pe tema importanței acestui stil de interacționare și punere în valoare reciprocă). Să fii destinatarul interesului celuilalt reprezintă o satisfacție. Nu este ieșit din comun să constați că indivizi îndeobște pasivi au avut părinți autoritari. O lipsă de comportament explorator din punct de vedere social nu este atractivă, însă prea multă inițiere (de exemplu, avansuri de natură sexuală) și urmărirea planurilor/obiectivelor proprii ale unei persoane este de asemenea neatractivă și este percepută ca dominatoare. Un interes prea mare față de celălalt poate fi intruziv. Așadar, este vorba despre un echilibru abil, iar pacienții trebuie să învețe cum să fie sensibili față de partenerii lor (de exemplu, să accepte refuzul unui contact sexual cu delicatețe, fără să dezvolte resentimente sau idei de genul „ei bine, este ultima dată când îți mai fac o asemenea propunere").

Totuși, în mod obișnuit putem să constatăm că persoane importante din viața pacientului nu îl prețuiesc sau nu-l apreciază pe acesta. Unii pacienți depresivi (îndeosebi femeile) pot să trăiască alături de parteneri neglijenți din punct de vedere emoțional sau autoritari. Teoria interpersonală și evoluționistă (Gilbert, 1992) sugerează că nu suntem ființe decontextualizate din punct de vedere social și fiecare dintre noi are nevoie cel puțin de o anumită gamă de semnale pozitive și valorizante din partea celorlalți. Acesta este motivul pentru care spirijinul social se evidențiază atât de puternic ca un factor în inducerea depresiei, precum și în însănătoșire. Critica din partea unuia dintre soți anticipează adesea recidiva (Hooley și Teasdale, 1989).

Aspecte-cheie 13.2. *Asertivitatea*

1. Asertivitatea înseamnă mult mai mult decât să te afirmi în situații de conflict. Ea implică în același timp inițieri pozitive.
2. Terapeutul poate recunoaște când un pacient poate avea diferite temeri de a-și manifesta asertivitatea (de exemplu, de contraatac sau teamă de respingere). Acestea trebuie specificate clar.

3. Lipsa unui comportament asertiv conduce adesea la resentimente şi nevoia de a fi recunoscut.
4. O parte a comportamentului asertiv adaptiv constă în abilitatea de a iniția comportamente pozitive şi de a specifica clar preferințele proprii. Uneori, persoanele depresive percep acest lucru ca fiind egoism şi consideră că ar trebui să facă ceea ce vor alții.
5. Proasta dispoziție poate fi o problemă în depresie şi poate fi asociată cu teama de un comportament asertiv deschis, iar pentru a obține senzația puterii, persoana poate refuza să vorbească.
6. Terapeuții ar putea propune practicarea unor exerciții de interpretare de roluri pentru a-i ajuta pe pacienți să îşi exploreze gândurile negative în timp ce interpretează roluri asertive şi pozitive.

Rebeliunea

Joe fusese diagnosticat cu depresie cronică, însă nu cu o formă severă. Fusese la mai mulţi terapeuţi. După cum se prezenta, era un bărbat plăcut ca înfăţişare şi docil, care părea dispus să îndeplinească toate sarcinile independente stabilite de comun acord în terapie. Aparent ar fi trebuit să fi progresat mulţumitor, însă nu era chiar aşa. De fapt, el mima acordul, dar avea un stil pasiv-agresiv şi reacţiona extrem de des după patternul „da, dar". Terapeuţii la care fusese înainte deveniseră frustraţi din pricina lui. Nu putea să înţeleagă de ce, în cele din urmă, ceilalţi se înfuriau sau îşi pierdeau interesul de a-l ajuta. De aceea, ne-am concentrat încă de la început pe aspecte legate de docilitate. Am remarcat că atunci când Joe vorbea despre momente de rebeliune minore de la şcoală, ochii i se aprindeau şi el devenea mai „expresiv din punct de vedere emoţional" pe parcursul consilierii.

Am subliniat acest aspect. Ar fi putut fi folosită această scânteie pentru a-l face pe Joe să se angajeze mai mult în terapie? Convenisem că acesta va trebui să expună în timpul şedinţei argumentele

sale în sprijinul motivului pentru care nu făcea exerciţii singur, în afara întâlnirilor noastre. Căzusem de acord să lucreze asupra nerespectării regulilor şi sarcinilor. Odată ce obţinuse permisiunea pentru această „rebeliune", Joe s-a integrat în procesul de consiliere plin de elan. Punctul central devenea abilitatea lui de a opune rezistenţă în faţa celorlalţi, inclusiv a terapeutului.

Terapeutul: Am căzut de acord că vei monitoriza câteva dintre gândurile tale legate de unele sarcini pentru acasă. Este probabil că vei face asta?

Joe: [*Cu un zâmbet abia schițat*] Aş putea, dar după cum mă ştiu, probabil că nu o s-o fac.

Terapeutul: Bun, deci va fi un act de rebeliune. Cum te face să te simți?

Joe: [*Face o pauză, apoi, cu precauție*] Cred că mă simt puțin mai puternic decât tine.

Terapeutul: Este în regulă sau te face să te simți îngrijorat în vreun fel?

Joe: Ştiu că spui că este în regulă pentru mine să mă revolt dacă aşa vreau, însă eu cred că o să mă respingi dacă o să o țin tot aşa. Mai devreme sau mai târziu voi fi nevoit să renunț, nu-i aşa, şi să trec la exercițiile ce țin de consiliere?

Terapeutul: Hm. [*Face o pauză, în timp ce studiază comportamentul nonverbal al lui Joe*] Pari descumpănit.

Joe: Nu pot să cred că mă încurajezi să mă revolt împotriva terapiei. Ceilalți terapeuți îmi spuneau că trebuie să lucrez în terapie sau nu o să mă fac bine, iar tu îmi spui că nu este neapărat.

Terapeutul: Nu este atât de important dacă lucrezi sau nu, important este *cum lucrăm noi împreună*. Atunci când te revolți, constat că lupți să rămâi tu. Mi-ar plăcea să lucrez cu rebelul din sinea ta, nu împotriva lui. Ți-ai dori să te adresezi rebelului din tine?

După câteva schimburi de replici, Joe a acceptat, doar „de formă". În acest moment, am scris împreună pe un cartonaş gândurile tipice pe care le avea „rebelul": „Nu pot oamenii ăştia

să mă determine să fac ce vor ei. Nu o să reuşească niciodată. Ei, de fapt, nu înţeleg – care mai de care mai înfumurat şi plin de pretenţii". (Cred că mă includea şi pe mine printre aceştia.)

Terapia devenise în acest punct ca un joc, genul amuzant de exprimare ludică nevinovată, dar totuşi cu intenţia serioasă de a dezvălui convingeri şi atitudini esenţiale. În acelaşi timp, veţi observa că au existat diferite elemente de invidie în această temă. Joe era în acest fel încurajat să îi dea replica laturii rebele din sinea lui. „OK, poate ceilalţi m-au umilit, dar nu o să-mi tai singur craca de sub picioare? Vreau să spun că aş avea puterea să rezist în faţa altora, dar, până la urmă, nu e nici o distracţie în toată afacerea asta." Terapeutul l-a ajutat totodată pe Joe să vadă latura pozitivă a rebelului şi i-a spus fără ocolişuri că rebelii au (uneori) roluri importante, dar ei trebuie să fie o parte a sinelui şi nu să-l acapareze cu totul. Astăzi, m-aş axa mult mai mult pe centrarea plină de compasiune şi pe faptul că în interiorul lui Joe se găsea de fapt o persoană destul de speriată şi singură.

Indiferent dacă Joe a fost convins de „tehnică" sau nu, aceasta i-a schimbat atitudinea faţă de terapie. Prin validarea rebelului şi aducerea lui la şedinţe, Joe a început treptat să fie mai deschis şi să lucreze mai cu spor pentru a-şi controla furia şi invidia. Dacă nu ar fi fost recunoscut rebelul din el, atunci terapia ar fi putut fi dificilă. Totuşi, era vorba despre un proces lent. Se poate înţelege cu uşurinţă cum atitudinea sa de frondă declanşa furia celorlalţi, iar acest lucru întărise nevoia lui de a fi rebel, de a rămâne constant faţă de imaginea lui de sine. Depresia lui era de tipul pasiv-agresiv, dar, totodată, era o strategie de siguranţă pentru a nu se confrunta cu frica de a pierde controlul sau de a fi controlat de ceilalţi. Am fi putut explora tehnica celor două scaune.

O mare parte din discuţie s-a centrat pe ideea lui Joe despre putere şi pe interesul lui reînnoit după ce a fost încurajat să se revolte. Lucrul în afara şedinţelor şi alte proceduri erau văzute ca instrumente menite să îl ajute pe Joe să interiorizeze un sentiment mai puternic al sinelui. Rebeliunea faţă de terapie a devenit „terapie în stilul lui". Încet-încet, Joe începea să renunţe la rezistenţa lui

simpatică, dar pasivă și se angaja într-un lucru mai colaborativ. Am exemplificat prin acest caz pentru a-i ajuta pe terapeuți să înțeleagă că trebuie să lucreze cu experiența internă a pacienților, și nu doar să aplice tehnici pe care ei le consideră logice sau felul corect de a face lucrurile. Nu este neobișnuit faptul că abordarea care ajută în mod deschis pacienții să se revolte și să devină asertivi constituie un factor important în schimbarea lor, iar aici terapeutul ar putea să fie nevoit să permită un anumit grad de rebeliune față de terapie, care să fie sigură și să nu degenereze în respingere. Totuși, pentru unii, rebeliunea este ceva care inspiră teamă (Gilbert și Irons, 2005; vezi și pp. 556-558 din cartea de față).

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

Problema excesele

Un alt domeniu în care este important să „îi dăm voie rebelului să vorbească" este cel al excesele și al problemelor asociate acestora. Persoanele depresive care se dedau excesele culinare sau bahice sunt persoane care încearcă să facă față unor sentimente neplăcute. Deseori factorul declanșator este dezamăgirea, frustrarea sau sentimentul că sunt umilite sau marginalizate, care este asociat cu furia. Gândurile asociate cu excesul pot fi: „La naiba. M-am săturat. O să le arăt eu. Ce îmi pasă? Nu mă pot face ei să fac X, Y, Z. O să-i fac să le pară rău – uite ce am ajuns să fac din cauza lor" etc. De fiecare dată când se întâmplă astfel, terapeuții ar trebui să fie foarte precauți pentru a nu avea o atitudine punitivă. De asemenea, trebuie să fie sensibili față de rușinea care ar putea urma când pacientul își va reveni din excesul căruia i-a căzut victimă (trezirea din beție) sau a ieșit din starea care îl predispune la excese. Încercați să îl ajutați pe pacient să articuleze verbal fluxul gândurilor și sentimentelor asociate cu frustrarea și furia (gândurile de genul „la naiba"), ca factor declanșator – dorința lor de a se revolta și de „a izbucni" – încercați să descoperiți comportamente alternative pentru o astfel de furie, să recunoașteți dezamăgirea și să ajutați pacientul să înțeleagă că rebelul interior i-ar putea submina, în loc să fie de partea lor.

Concluzie

Capitolul de faţă a analizat diverse teme şi aspecte interpersonale, precum şi modul în care „tehnicile" cognitiv-comportamentale prezentate în capitolele de început ale cărţii pot fi integrate odată cu înţelegerea stilului interpersonal şi a temerilor fundamentale ale pacientului. Percepţia de sine rămâne o preocupare centrală, dar, în acelaşi timp, o atenţie specială este acordată felului în care acţionează pacientul în universul lui social. Când faceţi apel la aceste tehnici, încercaţi să exploraţi experienţa emoţională a pacientului şi să stimulaţi afectul atunci când este cazul.

Este în mod deosebit necesar să discutăm *temerile şi ameninţările* (dezavantajele) care însoţesc schimbarea. Dacă le vom da pacienţilor ocazia să exploreze într-adevăr aceste temeri şi dezavantaje, aceştia pot traversa mai uşor procesul schimbării. Unele forme de rezistenţă pasivă pot fi dificile, şi acesta este motivul pentru care clarificarea acestui aspect şi a modului în care poate fi legată o atitudine rebelă de identitatea de sine poate fi cu adevărat utilă. De obicei, rezistenţa este legată de acele temeri sau dileme ale schimbării care nu au fost confruntate (de exemplu, înfruntarea furiei). Cel mai important este să se evite inducerea ruşinii sau învinovăţirea pacienţilor pentru rezistenţa sau pasivitatea lor (Leahy, 2001). Încercaţi să exploraţi *funcţiile* acestor comportamente *cu o curiozitate nelimitată*. O centrare plină de compasiune va fi utilă.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 14

Abordarea unor dificultăți specifice (II): ruşinea, vinovăția, idealizarea şi invidia

În capitolul de faţă vom aborda mai multe exemple de dificultăţi, mergând până la analiza lor detaliată şi unind temele pe care le-am prezentat în cartea de faţă. Vom începe cu o problemă esenţială în depresie – cea a ruşinii.

Abordarea sentimentului de ruşine

În capitolul 6 am văzut că ruşinea poate fi un concept esenţial faţă de multe altele care caracterizează depresia. O problemă tipică asociată cu ruşinea ţine de dezvăluirea intensităţii unor sentimente sau permisiunea de a resimţi anumite sentimente (precum evitarea emoţiilor şi slaba toleranţă a afectului). Lui Mary îi era extrem de greu să plângă în timpul şedinţelor de consiliere. Când plângea, îşi acoperea faţa cu amândouă mâinile şi încerca să-şi stăpânească lacrimile. Era dificil să abordăm un material emoţional, deoarece ea era profund predispusă la ruşine în privinţa propriilor sentimente. La începutul consilierii, atenţia se centra pe ascultare şi efortul de a nu declanşa prea curând sentimentul ei de ruşine, presupunând că ar fi fost posibil ca, înainte să dezvoltăm o relaţie empatică, ea ar fi putut să găsească toată situaţia copleşitoare şi să evite complet terapia. Treptat, am simţit totuşi că pot să îi îndrept atenţia spre aspectul ruşinii.

Terapeutul: Am observat că faci eforturi să îți stăpânești lacrimile uneori.

Mary: [*Uşor furioasă*] Am plâns atât de mult, încât nu mai vreau să plâng şi aici.

Din cauza sentimentelor generate (făcuse o prezentare foarte furioasă a situaţiei sale) în şedinţele anterioare, am simţit că dacă mi-aş fi îndreptat în continuare atenţia spre această furie, aş fi riscat, într-un anumit fel, aproape să o chinui. În acelaşi timp, mă simţeam respins departe de durerea ei. Acest sentiment al persecuţiei (ca o formă de contratransfer) pe care îl poate resimţi terapeutul poate să apară în unele cazuri severe de ruşine.

Terapeutul: [*Cu delicateţe*] Ne-am putea gândi la acest aspect pentru o clipă? Ce ar însemna pentru tine dacă ai plânge aici – vreau să spun dacă nu te-ai mai controla deloc?

Mary: M-aş simţi vulnerabilă şi expusă. Este un lucru prostesc să faci aşa ceva şi nu duce la nimic bun.

Terapeutul: Prostesc?

Frica de a scoate la iveală sentimente puternice este o problemă comună în unele cazuri de depresie şi poate spune multe despre structura internă a sinelui şi despre schema eu-celălalt. În acest moment, se ridică multe întrebări în mintea terapeutului. Oare a fost persoana respectivă pedepsită în trecut pentru că a dezvăluit sentimente puternice de suferinţă? În cazul lui Mary, răspunsul era aproape cu certitudine „da". Este persoana aceea furioasă faţă de sine însăşi pentru că are astfel de sentimente şi încearcă să le nege? Cum se foloseşte de furie (ca o strategie de siguranţă) pentru a se ţine departe de procesarea unei profunde tristeţi? Plânsul o face să se simtă mică/inferioară în ochii terapeutului şi în propriii ochi?

Dintr-un punct de vedere „tehnic", terapeutul încearcă să exploreze dezavantajele plânsului şi eliberării de sentimente; altfel spus, semnificaţia împărtăşirii sentimentelor, dar într-un mod mai puţin structurat decât a fost prezentat mai înainte. Aici terapeutul

poate alege între a se concentra: a) pentru a reflecta acel „nu duce la nimic bun"; b) pe aspectul vulnerabilităţii şi dezvăluirii. Dacă este aleasă prima opţiune, discuţia ar putea deveni intelectualizată. O soluţie alternativă ar putea conduce la o discuţie pe marginea experienţelor anterioare când persoana a fost respinsă. Prin urmare, când un pacient transmite două mesaje de acest gen, terapeutul face apel la raţionamentul său pentru a decide spre care să îşi îndrepte atenţia. „Prostesc" a fost resimţit ca o problemă ce ţine atât de ruşine, cât şi de autoevaluare, şi de aceea aceasta a fost alegerea pentru reflecţie.

Mary: [*Plângând*] Nu mă pot abţine să mă simt în acest fel.
Terapeutul: Pentru că te simţi expusă?
Mary: [*Încuviinţează din cap*]
Terapeutul: [*Cu delicateţe*] Ai putea spune mai multe despre faptul că te simţi expusă?

Astfel, pacientei i se oferă ocazia să vorbească mai mult despre sentimentele şi atitudinile legate de plâns, în loc să investigheze motivul care a generat lacrimile, ceea ce este prin urmare perceput ca fiind mai puţin ameninţător. Dintr-un punct de vedere evoluţionist, vom presupune că ele au legătură cu sentimentul de singurătate şi dorinţa de confort, dar şi cu teama de a recunoaşte acest lucru.

Mary: [*Tace şi spune imediat după aceea*] Simt că este într-un fel o slăbiciune.
Terapeutul: [*Cu delicateţe*] De ce sunt lacrimile şi suferinţa o slăbiciune?
Mary: Pentru că cei din jur te pot răni dacă îţi cunosc slăbiciunea. S-ar putea să pară preocupaţi de persoana ta, dar, în sinea ta, tu ştii că ei se gândesc că eşti patetic.

Aici, Mary îşi formulează ideile despre „ceea ce este în mintea celorlalţi" (ceea ce reprezintă un aspect extern al ruşinii) şi cum ar răspunde ei în faţa suferinţei sale. Ea nu poate avea încredere

în răspunsurile empatice din partea celorlalţi, chiar dacă ei le-ar oferi. Se aplică aceasta şi relaţiei terapeutice? Dacă da, atunci îi va fi foarte greu să facă faţă nivelurilor ridicate de suferinţă. Aşadar, trebuie să verificăm acest aspect.

Terapeutul: Ar fi vorba de acelaşi lucru şi aici, cu alte cuvinte, aş putea să te văd ca o persoană patetică?

Mary: Nu ştiu. [*Priveşte în sus şi în jur*] De ce nu? Probabil că ai de-a face cu o mulţime de femei proaste care plâng cu sughiţuri până nu mai pot.

Aici, pacienta îşi dezvăluie dorinţa de a nu fi asemenea „altor femei care plâng cu sughiţuri" şi de a nu părea o persoană slabă şi ridicolă. Cum ar putea să o ajute terapeutul în acest moment? Întrucât şedinţa s-a îndreptat spre dezbaterea unui material dureros din punct de vedere emoţional, emoţia este activată atât în interiorul terapeutului, cât şi al pacientei. Poate terapeutul să ţină sub control emoţia şi să nu o transforme într-una defensivă sau să simtă că este persecutorul? În acest moment, să o sprijine înseamnă să stea pur şi simplu alături de Mary şi să nu o forţeze prea mult. În acelaşi timp, terapeutul îşi doreşte să încerce să transmită faptul că îi înţelege durerea şi conflictul intern şi, dacă va fi posibil, se vor concentra pe autoevaluarea puternic negativă şi ruşine. Ştiu că Mary întâmpină greutăţi când trebuie să facă faţă sentimentelor de ruşine (de exemplu, a ruşinii de a plânge în faţa mea), întrucât mi-a spus că poate şi chiar se descarcă plângând singură. Se pare totodată că există o intensificare crescândă a spiralei furie-ruşine (de exemplu, afirmaţia ei uşor agresivă: „De ce nu?").

Terapeutul: [*Cu blândeţe*] Am senzaţia că ţii în tine de multă vreme aceste sentimente dureroase şi că au o putere extrem de mare pentru tine. Poate că tocmai începi să le explorezi şi să le înţelegi într-un fel. Îţi amintesc de ceva?

Mary: [*Începe să plângă mai nestăvilit, dar şi cu furie*] Tatăl meu avea obiceiul să mă tachineze dacă plângeam. Îmi spunea „sărmanul bebeluş" sau „bebeluş

plângăcios". L-am urât pentru asta. Chiar l-am urât. Nimănui nu părea să îi pese de ce plângeam şi nu puteam schimba eu lucrurile.

Legătura cu trecutul deschisese oportunitatea de a ne îndepărta atenţia de la prezent pentru a ne centra pe unele amintiri dureroase.

Terapeutul: Hm, deci este groaznic atunci când cei din jur nu îţi iau în seamă sentimentele şi te umilesc. Te face să te simţi ca şi când ai trăi într-o mare singurătate. [*Pauză, apoi continuă cu blândeţe*] Mary, aceste sentimente sunt dureroase pentru tine deoarece probabil nu ai fost niciodată capabilă să le împărtăşeşti până acum. Însă eşti o fiinţă umană şi poţi să te simţi rănită, profund rănită, iar acest lucru nu te face slabă, te face o fiinţă umană sensibilă.

Aici, terapeutul a încercat să empatizeze cu experienţa ei şi să îi ofere o construcţie pozitivă a sentimentelor – faptul de a fi o fiinţă umană sensibilă. Este o încercare de a salva sinele de autoînvinuire şi furie. Mai important de atât, terapeutul crede într-adevăr acest lucru şi nu o spune doar „de formă". Mary a fost capabilă să asculte această intervenţie şi, după o lungă pauză, de plâns liniştit, cu mâinile acoperindu-i faţa, a spus:

Mary: Cred că eşti singura persoană care gândeşte aşa. [*Se uită la terapeut*] Cred că de cele mai multe ori îmi reprim sentimentele. Unii consideră că sunt o persoană rece, dar nu sunt aşa. Doar că îmi vine greu să arăt ceea ce simt. Era ceva neobişnuit în familia mea.

După aceea, Mary a continuat să vorbească mai detaliat despre experienţa ei de familie, în timp ce eu o ascultam liniştit. Un trecut de neglijare emoţională începea să mi se dezvăluie. Nivelul afectului rămânea ridicat, dar nu copleşitor. La sfârşitul şedinţei am repetat afirmaţia mea pozitivă despre sentimente.

Terapeutul: Ei bine, Mary, având în vedere ceea ce mi-ai spus, este absolut de înțeles de ce îți este atât de greu să îți exprimi sentimentele şi totuşi, în sufletul tău, tu chiar simți lucrurile acestea într-un mod intens. Poate că, pe măsură ce vom lucra împeună, vom înțelege toate acestea şi vei reuşi să scoți la suprafață acele frânturi de trăiri pe care ai fost nevoită să le ascunzi.

Mary: [*Încet*] Da, am făcut tot ce am putut pentru a le ascunde.

Aceasta este dovada recunoaşterii unui trecut în care şi-a ascuns, şi-a tăinuit sau s-a detaşat de sentimentele ei, chiar faţă de propria persoană. O astfel de recunoaştere este o schimbare importantă.

Terapeutul: Şi totul s-a întâmplat aşa pentru că tu ai înțeles sentimentele ca fiind rele sau dovezi de slăbiciune. Ți-ai pus singură eticheta de rea ori de câte ori ai sentimente puternice. Aproape cum făcea tatăl tău. În acelaşi timp, nu îți doreşti să fii într-o situație în care ai putea fi rănită sau să te simți neimportantă. Faptul că te-ai ferit de sentimente de acest gen şi faptul de a fi furioasă te-au protejat. [*Observați cum am direcționat atenția spre autoprotecție*]

Mary: Da, chiar aşa s-a întâmplat.

Terapeutul: Crezi că este momentul să priveşti altfel lucrurile? Când erai copil, faptul că îți ascundeai sentimentele era o măsură de autoprotecție şi era folositor. Dar poate că lucrurile stau cu totul altfel acum.

Aici terapeutul subliniază faptul că, la un moment dat, comportamentul prin care făcea faţă greutăţilor a avut un rol de adaptare şi, din nou, nu este un semn de slăbiciune sau prostie.

Mary: Hm.

Terapeutul: Aşadar, prima persoană asupra căreia trebuie să îți îndrepți atenția eşti tu şi trebuie să te gândeşti la modul în care te acuzi atunci când ai sentimente puternice.

Terapeutul ar putea să îi spună cu blândeţe: „Nu este vina ta", de trei sau patru ori. În ciuda furiei şi a tendinţei de a-i respinge pe ceilalţi, multe persoane depresive care au acest gen de probleme simt că este „doar vina lor" sau că este ceva în neregulă cu ele. Când spuneţi: „Nu este vina ta" cu duioşie, pot apărea lacrimile, fapt ce dezvăluie aceste temeri pe care persoanele depresive nu le-au exprimat până atunci.

Nu este niciodată uşor să ai de-a face cu un pacient care resimte o ruşine profundă. Uneori, aceasta se găseşte în spatele evitării emoţionale, remarcate în afirmaţiile pacienţilor de tipul „este prea dureros să te gândeşti la aşa ceva", deşi nu orice evitare emoţională îşi are originea în ruşine. Aşadar, putem oferi doar câteva sfaturi generale. În primul rând, pacienţii dominaţi de ruşine provoacă diferite sentimente în persoana terapeutului, ca rezultat al nevoii lor de a o ascunde şi, în mod deosebit, dacă ruşinea se asociază cu furia. Pacienţii ar putea manifesta o anumită irascibilitate. Cu toate acestea, terapeutul trebuie să înţeleagă în mod clar că acestea fac parte din sentimentul ruşinii şi să considere că furia, singurătatea şi teama de respingere însoţesc experienţa ruşinii. În al doilea rând, terapeutul trebuie să îi transmită pacientului faptul că el simte toate acestea şi încearcă să înţeleagă lupta pe care o duce şi riscul pe care pacientul îl percepe ca fiind mare. În al treilea rând, terapeutul încearcă să ia contact cu sentimentele de singurătate şi zădărnicie ale pacientului. Dacă relaţia terapeutică este bună, recunoaşterea sentimentului de singurătate poate construi o punte spre problema ruşinii. În sfârşit, terapeutul este conştient de aversiunea faţă de sine şi de autoînvinovăţire, care sunt manifestări ale ruşinii, şi pe acestea se va centra terapia mai târziu. Totuşi, aceste sugestii sunt doar orientative şi ar fi foarte multe de spus în legătură cu acest subiect.

Distincția dintre ruşinea exterioară şi ruşinea interioară

Capitolul 6 a explicat în detaliu cât de importantă este distincţia între ameninţările de natură externă (asemenea lucrurilor care apar în lumea din afară şi se îndreaptă spre universul tău) şi ameninţările interioare (lucruri care izvorăsc din interiorul tău). În cazul ruşinii, ameninţarea externă este reprezentată de ceea ce alţi oameni simt şi gândesc şi de ce sunt ei capabili să realizeze în consecinţă. De aceea, când realizaţi lanţurile de raţionamente deductive, este foarte important să separaţi ruşinea internă de ruşinea externă. Toate acestea pot fi organizate într-o singură coloană sau în două coloane. Să ne uităm la exemplul lui Mary, căreia îi este ruşine să îşi exprime emoţiile, în special pe cele de tristeţe. În ediţia din 1992, nu am formulat în mod clar acest lucru, dar acesta este un mod în care noi am fi putut lucra împreună.

Ruşine externă	*Ruşine internă*
Dacă îmi voi exterioriza sentimentele, ceilalţi vor fi critici faţă de mine şi mă vor trata ca pe o fraieră.	Faptul că ai anumite sentimente poate să te facă să îţi pierzi controlul.
Dacă mă vor vedea ca pe o fraieră, mă vor ridiculiza sau se vor îndepărta de mine.	Voi deveni indecisă şi vulnerabilă.
Îmi vor cunoaşte punctele slabe şi vor reuşi să mă exploateze cum vor ei.	Voi fi patetică.
Teama mea cea mai mare este că ceilalţi mă vor răni şi mă vor părăsi. (Reactivarea amintirii din copilărie a experienţei avute cu ceilalţi.)	*Teama mea cea mai mare este* să nu clachez şi să nu îmi mai pot reveni; să fiu singură şi nefericită. (Reactivarea amintirii din copilărie a percepţiei de sine.)

Deoarece terapia centrată pe compasiune *caută întotdeauna să identifice teama*, acest lucru ajută la evidenţierea a două tipuri foarte diferite de frică. Unul este ceea ce lumea din afară va gândi

şi va face şi celălalt este ce se va întâmpla şi se va naşte în propriul univers interior. Constatăm din nou că în acest gen de experienţă, atât lumea interioară, cât şi lumea exterioară devin extrem de ameninţătoare. Mai există şi o a treia formă de ameninţare internă, şi anume autoînvinovăţirea de a-şi fi permis „să intre în această stare". Cu alte cuvinte, în loc să se simtă plin de compasiune şi empatic în faţa acestor temeri şi angoase, sinele lansează atacul. În cazul lui Mary, este vorba despre ceea ce îi spuneau ceilalţi, că este ridicolă şi ar fi trebuit să se adune. Dacă terapeutul va explora acest aspect, atunci o va ajuta pe Mary să înţeleagă că autocritica ei este bazată pe sentimentul ameninţării; ea este generată de un fel de panică faţă de posibilitatea ca aceste evenimente negative să aibă loc şi de încercarea de *a se forţa* să păstreze controlul.

Acest lucru indică necesitatea unui proces de intervenţie bazat pe manifestarea compasiunii faţă de aceste temeri, care sunt de înţeles şi nu sunt „vina" lui Mary. Este foarte important când avem de-a face cu conceptul de ruşine să sugerăm pacienţilor că sunt iraţionali, deoarece acest lucru nu îi ajută să aprecieze forţa unei amintiri emoţionale şi *reacţiile emoţionale condiţionate.*

Cum are loc schimbarea

Aşadar, o mare parte din ceea ce gândea Mary se referea la autocritică şi la faptul că nu era capabilă de compasiune faţă de temerile ei puternice. Nimeni nu avusese compasiune faţă de ea, astfel încât nu ştia cum să manifeste compasiune faţă de ea însăşi. În cadrul terapiei, aceste gânduri erau: „Ar trebui să îţi controlezi propriile sentimente. Este o dovadă de slăbiciune să plângi, este rău să simţi furie. Paul o să creadă că eşti patetică. Eşti patetică atunci când plângi".

Totuşi, faptul că am menţinut atenţia focalizată pe teamă şi comportamentele de siguranţă a ajutat-o pe Mary să înceapă să înţeleagă treptat cât de paralizată se simţea sub acest gen de agresiune; că era de fapt acelaşi sentiment pe care îl trăise când

era copil. Devenise capabilă să articuleze în cuvinte propriile sentimente de neajutorare şi furie în faţa acestei experienţe interioare. Continua să exerseze jocuri de rol, având dispute cu tatăl ei. Au fost totodată completate câteva jetoane, care, în opinia ei, aveau să o ajute. După cum am menţionat, ne folosim de exemple de caz pentru a ne expune opiniile, iar Mary fiind o combinaţie între mai multe persoane, putem lucra mai mult într-un mod centrat pe compasiune, decât am reuşit să expun în ediţiile anterioare ale acestei cărţi. Astfel încât acum vom pune accentul pe:

Empatie şi validare a suferinţei pacientului. Te sperie şi te întristează să fii atât de îngrijorat în ceea ce priveşte sentimente pur omeneşti şi să resimţi atâta tristeţe şi vulnerabilitate. Plânsul înseamnă că suferi, nu că eşti slab.

Atenţie plină de compasiune. În sufletul meu, ştiu că nu sunt lipsit de sentimente şi vulnerabilităţi, dar totodată am reuşit să îmi normalizez sentimentele când a fost nevoie – este o chestiune de echilibru. Pot să mă concentrez asupra imaginii unui sine care nutreşte sentimente de grijă şi să îmi contactez acea parte din mine care doreşte să fie plină de compasiune. Respir încet şi mă concentrez asupra senzaţiei unui sine sau a unei imagini pline de compasiune.

Gândire plină de compasiune. Dacă prietenii mei ar plânge, aş face orice să îi liniştesc. De fapt, când eram copil aveam nevoie de ceea ce are nevoie orice copil – să fie alinat şi ascultat când este tulburat de suferinţă. Pot să învăţ să mă concentrez pe gânduri utile şi încurajatoare când am aceste temeri, înţelegând că ele sunt explicabile, dar nu pot fi folositoare acum. Tatăl meu îmi spunea să nu plâng, însă nu trebuie să mă tratez singură aşa cum mă trata el. Cu toate că sunt îngrijorată că Paul ar putea să mă vadă în acelaşi fel, este posibil să nu o facă şi m-ar ajuta dacă am explora acest aspect.

Comportament plin de compasiune. M-am folosit mult de furie în viaţă pentru a ascunde ceea ce simt. Să vedem dacă voi reuşi să mă folosesc de compasiune pentru a învăţa să tolerez şi să mă împac cu sentimentele pe care le am.

Când vă ajutaţi pacienţii, parcurgeţi aceste alternative pe care au nevoie să le simtă, la fel cum Mary ar trebui să treacă prin ele încet şi să creeze o „voce caldă" internă şi, într-adevăr, să se centreze pe căldura, înţelegerea şi sprijinul din aceste alternative. Pacienţii nu trebuie să rămână doar la nivelul dovezilor sau alternativelor logice. O altă tehnică pe care o putem folosi se referă la imagistică. Când Mary intră în contact cu sentimentele ei de ruşine care vin din frageda copilărie, ea se poate imagina pe sine pe când era copil intrând în cameră şi spunând: „Tata s-a purtat oribil cu mine". Mary se poate imagina aşezându-şi braţele în jurul copilei şi liniştind-o. În acest fel, ea poate să înceapă să activeze o mai intensă dispoziţie de nutrire a grijii faţă de sine. Desigur, acesta este doar un aspect al înfruntării dificultăţilor cu care se confruntă ea, dar poate să îi asigure o atitudine mai pronunţată de acceptare a sinelui şi înlesneşte lucrul cu un material cu puternică încărcătură emoţională. Un astfel de mod de lucru într-un caz similar cu al lui Mary a permis persoanei depresive să descopere că, după ce a devenit capabilă să îşi exprime sentimentele în timpul terapiei, a ajuns să plângă mai puţin atunci când era singură. În ceea ce o priveşte pe Mary, deşi atunci nu lucram la fel de intens centrându-ne pe compasiune cum o fac acum, după un an de consiliere, femeia aceea atât de deprimată, fragilă, furioasă şi, în unele momente, tăcută, aşa cum fusese când intrase în prima zi pe uşă, devenise acum mai tolerantă faţă de sine.

Gaura neagră a ruşinii

Ruşinea poate să ne paralizeze gândirea (ni se goleşte mintea) şi comportamentul şi tot ce ne dorim este să fugim şi să ne ascundem – ne-am dori să se deschidă pământul şi să intrăm în spărtură. În unele cazuri de ruşine, un pacient ar putea să ajungă într-o stare ce poate fi descrisă ca o „gaură neagră". De exemplu, lui Jane îi era foarte ruşine de aspectul ei fizic, în special de forma

corpului ei. Era un aspect despre care voia să discute, dar de fiecare dată când îl abordam, mintea i se golea şi începea să devină extrem de atentă la detalii şi să observe dacă era sau nu privită. Atât de copleşitor era acest sentiment, încât ajungea să fie paralizată. Mintea nu îi mai funcţiona, iar ea pur şi simplu nu putea vorbi, în timp ce primul impuls era să fugă din încăpere. Tot felul de idei îi umblau prin minte, dar nu se putea concentra asupra lor. Acestea sunt stări intense de inhibiţie.

Această dificultate de verbalizare a sentimentelor ar putea fi văzută de unii terapeuţi ca o problemă ce ţine de schema incipientă a sinelui, care s-a format înaintea limbajului (de exemplu, Young *et al.*, 1993), făcând astfel dificilă exprimarea sentimentelor. Cu toate acestea, este în egală măsură posibil să se manifeste din cauza unor niveluri ridicate de inhibiţie internă (Gilbert, 1992, 1998c, 2003). Terapeuţii se întreabă uneori dacă este bine să vorbeşti sau să rămâi tăcut în astfel de situaţii. În opinia mea, terapeutul trebuie să facă apel la conştientizarea empatică pentru a decide dacă un pacient reuşeşte să iasă treptat din starea de inhibiţie sau dacă a rămas blocat în aceasta. În cel de-al doilea caz, terapeutul ar putea avea nevoie să avanseze cu terapia, întrucât uneori aceste stări pot dura foarte mult, iar să stai să aştepţi până când pacientul va vorbi poate să transforme tăcerea într-o atitudine deloc utilă (Gilbert, 2007). În mod similar, dacă avansăm prea repede în urma autoevaluărilor, putem pierde contactul cu experienţa internă, iar pacientul se poate închide în sine pur şi simplu (vezi capitolul 7).

În contextul acestor tipuri de probleme, terapeutul poate separa prima situaţie de cele ce urmează. Uneori, terapeutul poate fi luat prin surprindere când apare „gaura neagră" a ruşinii. În acest caz, terapeutul se află prins într-o situaţie dificilă, între dorinţa de a ajuta pacientul să iasă din „gaura neagră" şi cea de a nu interfera cu un posibil proces important de autoajutorare sau de autovindecare. Răspunsul empatic poate fi important când apare pentru prima oară.

Jane stătuse mult timp așezată pe scaunul ei, fără să îi poată răspunde terapeutului.

Terapeutul: Se pare că este o situație dureroasă pentru tine, Jane, îndeosebi acum, când trebuie să stau aici și să mă uit la tine. Poate că te temi de ceea ce gândesc eu.

Jane: [*Schițează o ușoară mișcare a capului și ridică fără prea mare convingere din umeri*]

Terapeutul: [*Cu blândețe*] OK, Jane. Acum am să îți vorbesc puțin. După cum gândesc eu, acum ești într-o stare foarte dureroasă. Probabil ești copleșită de emoții diferite, de furie, teamă, singurătate, te simți desprinsă de restul lumii. Mi-aș dori să te pot ajuta să ieși din starea asta. Dar poate că la început ar fi bine dacă am înțelege ce se petrece în mintea ta și de ce. Mă lași să încerc să îți explic unele lucruri despre ceea ce numim rușine și să vedem dacă te ajută?

Jane: [*Încuviințează din cap*]

Terapeutul: Așa cum spuneam, probabil că trăiești acum senzația unei rușini profunde. Ea este cauzată de mai multe motive. De exemplu, se poate ca alții să ne fi umilit în trecut și noi să fi devenit anxioși la gândul că nu vom spune ceea ce trebuie, sau să ne temem să nu sune caraghios, sau doar să fim derutați și să nu știm ce să spunem. Când suntem năpădiți de rușine, se poate să avem tot felul de sentimente, inclusiv nevoia de a ne închide pur și simplu. Se poate să ne dorim să fugim departe sau să ne simțim furioși pe noi înșine și pe ceilalți, chiar pe terapeut pentru faptul că se află alături de noi.

Faptul că află mai multe despre rușine este uneori important, deoarece persoana depresivă înțelege că este un simptom al suferinței și temerii, și nu ceva anormal în legătură cu ea; nu înseamnă că persoana este stupidă sau slabă etc. Puteți să îi explicați că este vorba despre o strategie de protecție, care poate fi *automată* și ne

face să ne închidem în noi (sau uneori generează furie) şi că „nu este vina ei" pentru că se întâmplă astfel. De asemenea, dacă aveţi o atitudine empatică, pacientul se poate simţi foarte uşurat că înţelegeţi ce se petrece în mintea lui şi de ce se simte brusc paralizat. După discuţia despre experienţa ruşinii, pacientul şi terapeutul pot să discute în continuare modul în care ar trebui să colaboreze şi să lucreze împreună dacă această stare reapare în timpul şedinţelor de terapie. Acest lucru este menit să ajute pacientul să aibă o mai mare înţelegere şi un mai mare control în aceste situaţii. Astfel, unii pacienţi îi pot indica terapeutului atunci când simt că alunecă în gaura neagră şi astfel pot fi puse în aplicare opţiunile de adaptare stabilite în timpul terapiei. Un pacient a spus la un moment dat: „Mi-a fost de mare ajutor să ştiu că îmi înţelegi sentimentele şi că mă ajuţi să înţeleg ce se întâmplă cu mine. Nu am realizat niciodată ce se întâmpla. Pur şi simplu punea stăpânire pe mine". Unii pacienţi sunt capabili să descrie că „începeau să se simtă pierduţi" şi „închişi".

Când se instalează sentimente foarte intense de ruşine în momente ce apar pe parcursul unor şedinţe mai avansate, terapeutul ar putea afirma ceva de genul: „Sentimentele tale încearcă să te oprească să vorbeşti. Poate încearcă să te protejeze, încât să nu devii ridicol şi să nu te simţi rănit". Totuşi, după cum am menţionat mai devreme, vă puteţi adresa acestor sentimente în felul următor: „Mulţumesc pentru grija voastră, dar chiar nu am nevoie de o asemenea protecţie în acest moment. Voi începe chiar acum să analizez treptat toate aceste lucruri". Dacă sunteţi de părere că gaura neagră devine tot mai ameninţătoare, opriţi-vă pentru o clipă, reconsideraţi situaţia şi relaxaţi-vă pentru o vreme.

Într-un fel, aceasta este o formă de *desensibilizare* faţă de emoţiile de ruşine profundă, printr-o expunere gradată. Astfel, terapeutul îşi ajută pacientul să fie mai puţin blocat sau copleşit de ruşine. Cu toate acestea, mai devreme sau mai târziu, pacientul va avea nevoie să vorbească despre ce anume îi provoacă ruşine. Temerile pot să cuprindă un abuz sexual din trecut, un avort, impulsuri homosexuale, impulsuri agresive faţă de copii sau faţă

de terapeut şi aşa mai departe. Unul dintre pacienţii mei, de exemplu, făcea eforturi să îmi mărturisească faptul că avea o relaţie extraconjugală care avea legătură cu un conflict major şi constituia sursa depresiei sale. Dacă s-a instaurat o bună relaţie terapeutică, atunci, în mod firesc, pacientul doreşte să dezvăluie, iar terapeutul se poate folosi de acest lucru.

Terapeutul: Se poate să mă înşel în această privinţă, dar simt că ai vrea să discutăm despre ceva, însă te temi. Nu vreau să te forţez în nici un fel. Vreau doar să ştii că aşa mi se pare mie că stau lucrurile.

Tăcerea şi alte semnale nonverbale ca răspuns faţă de această afirmaţie pot să îi sugereze terapeutului că se găsesc pe drumul potrivit. Adesea pacientul va fi de acord şi astfel este posibil să pornească împreună în explorare, dar uneori pacienţii rămân tăcuţi. Terapeutul l-ar putea întreba mai târziu despre teama de a se dezvălui (de exemplu, confidenţialitatea sau respingerea de către terapeut). Este util să ajutăm pacientul să înceapă să vorbească despre problema lui, dar, din nou, nu ar trebui întreprins nimic dacă nu există o relaţie terapeutică bună.

Terapeutul: Simt că tu percepi dezvăluirea ca pe un mare risc, însă nu trebuie să explorăm totul dintr-odată. Este ceva ce ai dori să-mi împărtăşeşti acum?

Dacă suspectează un abuz sexual, terapeutul ar putea spune:

Terapeutul: Ştii, uneori, când suntem copii, oamenii în care avem încredere sunt în stare de unele lucruri care ne fac rău sau ne lasă un sentiment intens de ruşine. Poate că ei au intrat într-un fel în viaţa noastră. Ţi s-a întâmplat ceva de acest fel?

Fiţi precaut şi sensibil atunci când puneţi întrebări care transmit ideea de conştientizare empatică a riscurilor, astfel încât pacientul să poată fi ajutat să se simtă suficient de protejat pentru a se dezvălui. Jehu (1988, 1989) arăta cum poate fi folosită abordarea

cognitivă în cazurile de abuz. Este posibil ca în cazurile de abuz, membrii familiei să fi invocat ruşinea pentru a opri copilul să dezvăluie secretul celorlalţi, inclusiv să îi fi spus acestuia că a fost vina lui sau să nege că abuzul s-ar fi întâmplat vreodată. În unul dintre cazuri, mama nu doar a negat abuzul, ci şi-a mai şi acuzat propria fiică, spunându-i că este ceva dezgustător şi oribil numai să se gândească la faptul că tatăl ei ar fi putut face un asemenea lucru. Experienţa de a nu fi crezut poate fi un factor puternic inhibitor al împărtăşirii sentimentelor în terapie şi este asociată cu sentimente de ruşine şi vinovăţie la gândul dezvăluirii şi totodată cu dezgustul faţă de sine.

De asemenea, aşa cum am amintit mai devreme, când ruşinea are legătură cu ceea ce au făcut alţii, în special membrii familiei, este posibil să existe un sentiment de trădare, şi tocmai acest sentiment de trădare asociat cu dezvăluirea „secretului" poate fi resimţit ca ruşinos (Gilbert şi Irons, 2005; vezi şi pp. 556-558 în cartea de faţă).

Aspecte-cheie 14.1. *Ruşinea*

1. Ruşinea este unul dintre cele mai importante afecte ce trebuie înțelese în terapie, în special în cazul persoanelor depresive.
2. Ruşinea este centrată pe două tipuri de pericol. Felul în care lumea din exterior va percepe sinele şi va reacționa față de sine şi ceea ce se naşte înăuntrul sinelui.
3. De obicei, ruşinea ne împinge să disimulăm şi să tăinuim (şi uneori să ne înfuriem). Dacă lucrurile nu stau în totalitate astfel, atunci pacienții îşi prezintă povestea într-o lumină care îi avantajează, spun doar jumătăți de adevăruri sau povestesc lucruri despre care ştiu în adâncul sufletului că nu sunt perfect adevărate.
4. Paralizia puternică pricinuită de ruşine se poate produce chiar în timpul terapiei şi aceste sentimente pot fi dificil de controlat. Persoana depresivă simte că mintea i se

goleşte complet sau are sentimente de panică, în urma cărora îşi doreşte să fugă şi să se ascundă.

5. Pacienților poate să le fie ruşine că au dezvăluit lucruri din trecutul lor; pentru reacțiile lor emoționale față de anumite lucruri; pentru felul în care fac față în prezent propriilor sentimente (de exemplu, ruşinea de a simți că îți vine să plângi şi că eşti vulnerabil); şi pentru felul în care terapeutul i-ar putea percepe şi cum ar influența acest lucru terapia.
6. Terapeutul abordează ruşinea, considerând-o în mod fundamental o problemă asociată cu teama, şi încearcă să stabilească o legătură empatică cu stările de ruşine.

Vinovăția

La fel ca ruşinea, vinovăţia este o emoţie omenească puternică (Baumeister, Stillwell şi Heatherton, 1994). Ea este confundată deseori cu ruşinea, iar pacienţii pot să folosească în mod interschimbabil cuvinte precum „ruşine" şi „vinovăţie" (Gilbert, 2003). Însă ruşinea şi vinovăţia pot fi conceptualizate ca procese psihologice foarte diferite. Spre deosebire de ruşine, în cazul vinovăţiei, atenţia se focalizează pe răul făcut celorlalţi şi uneori sieşi. Vinovăţia are tendinţa să se centreze mai degrabă pe comportamente specifice decât pe evaluări globale ale sinelui ca fiind „rău şi plin de defecte" (Tangney şi Dearing, 2002). Furia faţă de ceilalţi este rară sau nonexistentă în acest caz, iar dezgustul nu a fost niciodată asociat cu vinovăţia, în schimb este deseori asociat cu ruşinea. Totuşi, vinovăţia poate fi asociată cu anxietatea, în special anxietatea cauzată de conştientizarea răului pricinuit. Mai important este faptul că vinovăţia motivează dorinţa de a repara lucrurile şi de a ispăşi răul făcut şi nu de a disimula, de a tăinui, de a acoperi şi de a fugi de răspundere – cum este în cazul ruşinii. Mai există în acelaşi timp o diferenţă în relaţia de putere. În cazul ruşinii, ceilalţi sunt percepuţi ca fiind mai puternici şi capabili să

respingă sinele. În cazul vinovăţiei, noi suntem cei care am făcut uz de puterea noastră în mod nechibzuit pentru a-i răni sau umili pe ceilalţi. Ruşinea se referă la vină, vinovăţia la responsabilitate.

Vinovăţia şi ruşinea pot să coexiste, la fel cum se întâmplă în cazul când comportamentul care răneşte al cuiva ar putea deveni cunoscut altora şi, astfel, cel dintâi va deveni obiectul respingerii, dispreţului şi umilirii. Vinovăţia implică de obicei ideea de „nu ar fi trebuit să fac asta", iar atenţia este focalizată pe un comportament specific, şi nu pe sine (Tangney şi Dearing, 2002). Vinovăţia sub forma atitudinii de tipul „nu ar trebui" se raportează deseori la dileme de ordin moral. Există multe tipuri de vinovăţie, două dintre acestea fiind după cum urmează:

1. Vinovăția pentru încălcarea propriilor standarde ale unei persoane, când aceste acțiuni au puține în comun cu cei din jur (de exemplu, încălcarea unui regim de dietă, cheltuirea banilor pentru propria persoană, dezvoltarea unor fantezii care încalcă codurile morale). Yalom (1980) vorbeşte despre o vinovăție existențială – vinovăția derivată din convingerea că persoana nu s-a susținut pe sine sau că nu a trăit autentic.
2. Vinovăția pentru acele acțiuni care îi afectează pe alții şi care se împart mai departe în acte de angajare şi acte de omisiune. Actele de angajare realizează lucruri care îi rănesc pe alții (de exemplu, să ai o relație cu o persoană căsătorită, să loveşti un copil etc.). Actele de omisiune sunt acele lucruri pe care o persoană simte că dacă ar fi putut să le realizeze, ar fi fost utile, însă nu le-a înfăptuit. Să nu fi avut suficientă grijă de cineva este un scenariu de vinovăție obişnuit.

Sentimentele puternice de vinovăţie acţionează deseori ca nişte capcane (Gilbert, Gilbert şi Irons, 2004). De exemplu, persoana care rămâne într-un mariaj în virtutea sentimentului de vinovăţie (deoarece nu vrea să îşi rănească partenerul sau să îşi părăsească copiii) se poate simţi prinsă în capcana mariajului, poate dezvolta resentimente şi deznădejde. În acelaşi timp, poate să se simtă necesară, ceea ce îi dă un anumit sentiment de stimă de sine şi putere. Dickson (1982) numeşte această situaţie capcana compasiunii, în

cazul persoanelor care au probleme de asertivitate asociate cu vinovăţia. Cartea lui Dickson poate fi recomandată pentru studiul unor astfel de probleme.

La rândul său, Lynn O'Connor, din San Francisco, a subliniat faptul că oamenii se pot simţi vinovaţi deoarece sunt într-o situaţie mai bună decât alţii (O'Connor, 2000). De exemplu, supravieţuitorii dezastrelor se pot simţi vinovaţi pentru că au supravieţuit, pe când ceilalţi au decedat sau au fost răniţi. Imaginaţi-vă că aţi participa alături de o prietenă la un concurs de frumuseţe şi amândouă sunteţi la fel de entuziaste. Câştigaţi, dar prietena voastră ajunge pe ultimul loc! Sentimentele de dezamăgire pe care le trăiţi alături de prietena voastră ar putea conduce la sentimentul de vinovăţie. Uneori, oamenii pot chiar să îşi inhibe comportamentul, astfel încât să nu îi rănească pe alţii (de exemplu, ştiind că prietena voastră se va simţi prost dacă veţi câştiga, nu mai participaţi). Şi reacţiile care induc sentimentul de vinovăţie (de exemplu, un părinte care susţine în permanenţă cât de rănit s-a simţit de fapta copilului său) pot conduce la o hipersensibilitate faţă de sentimentele celorlalţi, astfel încât persoana nu mai este capabilă să recunoască sau să fie asertivă cu privire la propriile nevoi. Persoanele care *trebuie* să pună întotdeauna nevoile altora mai întâi pot să aibă sentimente puternice de vinovăţie sau temeri amestecate cu ruşine la gândul că ceilalţi nu o să le placă dacă pun înainte de toate propriile nevoi. Deci vinovăţia este această sensibilitate faţă de sentimentele altor oameni, dar ea se amestecă uşor cu ruşinea şi tocmai aspectele ruşinii legate de vinovăţie sunt cele mai patogene (Tangney şi Dearing, 2002).

Există şi alte probleme care se nasc din evitarea lezării (altora), vinovăţie şi un simţ crescut al responsabilităţii. De exemplu, în unele depresii psihotice, persoanele depresive pot crede că au provocat un neajuns. Unele tulburări obsesive au fost legate de teama de a nu-i face să sufere pe alţii (de exemplu, prin contaminarea altora, neacordând suficientă grijă sau omiţând să verifice cum stau lucrurile) şi un simţ exagerat al responsabilităţii (Wroe şi Salkovskis,

2000). Unele persoane pot avea un sentiment exagerat al responsabilităţii pentru bunăstarea altora (O'Connor, 2000).

Cum să abordăm vinovăția în cadrul terapiei

Tatăl lui Doris venise să locuiască la ea atunci când mama ei decedase. La început, Doris a fost încântată să îl poată ajuta, dar săptămânile s-au transformat în luni şi nu era nici un semn că tatăl ei avea de gând să plece. Mai mult, el contribuia cu prea puţini bani, care nu acopereau cheltuielile sale de zi cu zi, iar ea nu putea să îi ceară mai mult pentru că era „pensia" lui. Doris a încercat să facă aluzii, sugerând discret ca tatăl ei să se mute, însă acesta îi întorcea vorbele spunându-i: „Când ai avut nevoie, noi am avut grijă de tine. Nu cred că pot să mă descurc de unul singur în acest moment. Cu siguranţă, dacă aş crede vreodată că nu mai vrei să mă vezi în casa ta, aş pleca". Să încerci să induci altora sentimentul de vinovăţie astfel încât să aibă grijă de tine în felul dorit este o tactică interpersonală comună (Baumeister *et al.*, 1994). Doris se simţea neputincioasă să îl înfrunte pe tatăl ei, pentru că se simţea îngrozitor de vinovată că „îşi dorea să îl facă să plece" şi se simţea responsabilă pentru soarta lui.

Vinovăţia (şi ruşinea) sunt legate de valorile culturale. De exemplu, din motive evident financiare, guvernările ultimilor 20 de ani au încurajat oamenii să aibă grijă de părinţii lor în vârstă. Faptul că acum oamenii trăiesc mult mai mult decât în urmă cu câteva sute de ani (mulţumită medicinii moderne) nu este suficient recunoscut. Unii se simt vinovaţi pentru că nu vor să ducă această povară. Astfel, culturile diferă în funcţie de tacticile lor de inducere a vinovăţiei şi ruşinii (Murphy, 1978). Adepţii feminismului au susţinut că femeile au fost atât de îndoctrinate să îşi asume rolul de susţinere a celor din jur prin grijă şi iubire, încât vinovăţia a devenit o problemă comună.

Vinovăția, ruşinea, sentimentul de a fi prins în capcană şi eliberarea

Vinovăţia şi ruşinea pot să genereze deseori sentimentul că am fi prinşi în capcană şi dorinţa de a scăpa (vezi capitolul 3). În formele grave de depresie, de exemplu, persoanele respective pot simţi că sunt o povară pentru ceilalţi şi cea mai bună ieşire din această situaţie este sinuciderea. Când Tim şi-a pierdut locul de muncă, a devenit depresiv şi a simţit că şi-a dezamăgit familia. Stătea zile întregi în pat sau se uita ore în şir la televizor. A ajuns să fie convins că, după ce familia ar fi suferit pentru câteva zile dacă ar fi fost să moară, apoi şi-ar fi revenit şi le-ar fi fost mult mai bine fără el. Suferinţa cauzată de depresie şi vinovăţia de a fi „o dezamăgire" şi o povară pentru ceilalţi i-au alimentat sentimentul că s-ar elibera prin actul suicidar. În mod evident, erau multe alte trăiri în afară de acestea, inclusiv ruşine, furie pentru că îşi pierduse slujba şi pierderea încrederii de sine, dar vinovăţia (responsabilitatea) era de asemenea o problemă-cheie pentru el. Din fericire, vinovăţia la gândul că şi-ar fi părăsit astfel copiii a acţionat pentru a-l opri. Aşadar, vinovăţia este o sabie cu două tăişuri. Ea ne poate menţine în unele relaţii (vinovăţia legată de plecare), dar poate totodată să motiveze dorinţe puternice de a evada, deoarece relaţia/relaţiile par să activeze deseori sentimente puternice generate de teama de a nu fi suficient de bun sau de a fi într-un fel o povară.

Tolerarea afectelor. Deşi ruşinea şi vinovăţia (la fel ca orice emoţie) pot deveni problematice, se întâmplă în acelaşi timp să fim uneori nevoiţi să învăţăm să le tolerăm. Nu putem trăi o existenţă complet lipsită de ruşine sau vinovăţie. Acestea sunt parte din experienţa umană firească. Exact ca în cazul persoanelor cu tulburări anxioase ce pot să fie nevoite să înveţe cum să tolereze anxietatea fără să fugă imediat, acelaşi lucru este valabil pentru

vinovăţie şi ruşine (sau orice altă emoţie negativă). Pentru Doris, de exemplu, faptul că trebuia să fie cinstită faţă de tatăl ei îi inducea sentimente de vinovăţie pe care era nevoită să înveţe să le tolereze. Trebuia să înveţe să nu îşi reprime complet astfel de sentimente. Deseori suntem nevoiţi să facem lucruri pe care apoi le regretăm, dar ştim că trebuie să le facem oricum. De exemplu, nu este deloc uşor să fii nevoit să disciplinezi un coleg la locul de muncă. De aceea uneori suntem nevoiţi să tolerăm şi să acceptăm sentimente de ruşine şi vinovăţie. Într-adevăr, într-o mică măsură, abilitatea de a tolera ruşinea şi vinovăţia este importantă, iar cei care nu pot să le tolereze pot fi ori foarte anxioşi şi inhibaţi din punct de vedere social, ori chiar agresivi. Asertivitatea este utilă dacă vrem să învăţăm să tolerăm sentimente de vinovăţie şi ruşine.

Iertarea. Probabil că unul dintre lucrurile care ne ajută să tolerăm ruşinea şi vinovăţia este un tip de iertare interioară (Worthington *et al.*, 2005). Acest aspect este în acelaşi timp legat de abilitatea de autolinişţire şi de a fi plini de compasiune. Dacă am făcut o greşeală sau am pricinuit cuiva un rău, trebuie să fim capabili să tolerăm aceste sentimente fără să ne autoînvinuim excesiv. Aşadar, iertarea de sine este o calitate importantă a felului nostru de a manifesta grijă şi compasiune. Când oamenilor le este greu să manifeste iertarea de sine, folosesc adesea ideea „nu merit". În ultima vreme s-a acordat o atenţie deosebită importanţei pe care o are triada iertării (Enright, 1996). Triada implică abilitatea de a-i ierta pe alţii în loc să stăruieşti asupra gândurilor de răzbunare şi a furiei adesea neputincioase; să fii capabil să te laşi ajutat, acceptând iertarea din partea celorlalţi (de exemplu, fără să o subestimezi); şi iertarea de sine (vezi şi Freedman şi Enright, 1996; McCullough, Worthington şi Rachal, 1997). Astfel, procesul iertării, care în mod evident este foarte diferit de negare sau alte manevre defensive, este un proces esenţial în dezvoltarea compasiunii de sine.

Aspecte-cheie 14.2. *Vinovăția și iertarea*

1. În depresie, vinovăția se referă adesea la un simț al responsabilității și la încercarea de a evita să faci rău sau la recunoașterea faptului că pentru a te vindeca trebuie să fii mai preocupat de sine, iar acest lucru poate aduce individul în conflict cu ceilalți.
2. Care este tipul de vinovăție de care suferă persoana depresivă:
   a) Raportată la sine?
   b) Raportată la acte de angajare sau omisiune?
3. Acordați atenție tuturor acelor „ar trebui", „nu ar trebui" și „neapărat" din convingeri și atitudini.
4. Vinovăția poate fi o capcană și conduce la resentimente (de exemplu, capcana compasiunii).
5. Explorați valorile culturale sau sociale care întreține sentimentul de vinovăție și discutați aceste aspecte cu pacientul vostru.
6. Explorați capacitatea de a „tolera vinovăția" și faceți apel la tehnici ale iertării de sine și autoacceptării.

Idealizarea

Idealurile sunt deseori puternice și nerealiste în cazul depresiei (Bibring, 1953; Moretti, Higgins și Feldman, 1990). Ființele umane sunt orientate spre viitor. Ele își planifică viața prin speranțe, așteptări și idealuri asociate cu rezultate pozitive. Idealurile noastre implică un gen de potrivire față de un anumit standard intern, o fantezie sau un model și poate fi sursa acelor „ar trebui", „ar fi cazul" și „neapărat". Ele furnizează sursa de informații pentru modul în care ne-ar plăcea să fie lucrurile. Ele sunt punctul central al diferitelor atitudini disfuncționale. Putem avea diverse tipuri de idealuri:

1. Idealuri despre felul în care ceilalți (prietenii, iubiții, soțul/soția) ar trebui să fie (de exemplu, să fie înțelegători, să aibă simțul umorului, să fie iubitori, toleranți).

2. Idealuri despre felul în care ar trebui să fim noi (de exemplu, capabili, puternici, lipsiți de anxietate, competenți, respectați).
3. Idealuri despre felul în care noi ar trebui să percepem lumea (de exemplu, amuzantă, deschisă, încurajatoare).

Bibring (1953) își baza teoria sa analitică a eului în cazul depresiei pe noțiunea de idealuri. Bibring afirma că există trei tipuri de idealuri și aspirații, pe care (pre)depresivul le poate căuta:

1. Dorința de a fi valoros și iubit și de a evita inferioritatea și lipsa de valoare.
2. Dorința de a fi puternic, superior, sigur de sine și de a evita slăbiciunea și nesiguranța.
3. Dorința de a fi iubitor și bun și de a nu fi agresiv, plin de ură sau distructiv.

În ultimul caz, Bibring sugerează că conștientizarea existenței unor impulsuri interne agresive subminează stima de sine. Bibring (1953, pp. 25-26) afirmă că „depresia poate fi definită drept echivalentul emoțional al unui colaps parțial sau complet al stimei de sine a eului, întrucât acesta se simte incapabil să se ridice la înălțimea propriilor aspirații... în timp ce acestea sunt puternic apărate". Totuși, după cum am văzut, rușinea este probabil un mod mai bun de a ne gândi la acest lucru și, în special, la faptul că nu pierderea idealurilor este crucială, ci ideea transformării sinelui în unul indezirabil (vezi capitolul 6).

Becker (1979, p. 324) subliniază că vulnerabilitatea în fața depresiei, conform acestui model, are mai multe cauze, care includ: „intoleranța constituțională a frustrării persistente, sentimentul de neajutorare severă și prelungită și deficiențe de dezvoltare în dobândirea aptitudinilor. Aceste deficiențe sunt întărite de idealurile eului, care sunt de obicei înalte și față de care persoanele depresive au aderat cu strictețe". Abramson, Metalsky și Alloy (1989) au dezvoltat o teorie a ceea ce ei numesc *depresia neputinței*, care își are rădăcinile în perceperea incapacității de a atinge obiective, standarde sau idealuri.

Problema principală în privința idealurilor puternice este că ele activează vechea noastră prietenă, „dezamăgirea", atunci când

rezultatele sau evenimentele sunt mult inferioare idealurilor. Unii încearcă să se apere împotriva acestui aspect, invocând mottouri precum: „Nu aştepta prea mult şi nu vei fi dezamăgit". Răspunsul empatic faţă de idealurile şi speranţele pierdute constă în înţelegerea experienţei dezamăgirii. Cu toate acestea, aşa cum s-a remarcat de nenumărate ori, dezamăgirea în sine nu ar trebui să fie o problemă dacă nu activează autoînvinuirea sau învinuirea celorlalţi, dar în unele cazuri este exact ceea ce se întâmplă. De asemenea, nu uitaţi că alături de dezamăgire pot coexista temeri mai mari de a fi respins sau criticat de alţii.

Abordarea problemei idealurilor în terapie

Ken avea în jur de 40 de ani când l-am întâlnit pentru prima oară. Era un obişnuit al serviciilor psihiatrice de aproape 30 de ani. Când avea opt ani, părinţii lui s-au mutat în altă parte a ţării. Deşi considera că fusese o figură populară în prima şcoală, lucrurile luaseră o întorsătură cu totul diferită în noua şcoală primară pe care o frecventa. Accentul lui îl făcea în egală măsură diferit şi îi crea probleme în a se face înţeles de profesori. Fratele lui mai mare (cu cinci ani), pe de altă parte, se descurca bine la liceu, fusese rapid integrat, mergea în excursiile organizate şi practica diverse sporturi alături de echipele şcolii. Felul lor de a se adapta era total diferit. Ken începuse să aibă atacuri de panică şi lipsea mult de la şcoală. În cele din urmă, fusese trimis la o şcoală pentru copii cu dificultăţi emoţionale. Acolo a simţit de asemenea că nu se putea adapta. Astfel, o temă esenţială în existenţa lui era reprezentată de sentimentul de a fi un outsider.

Ken dezvoltase o fantezie puternică că, dacă cineva i-ar fi putut „vindeca" anxietatea, atunci el ar fi fost capabil să fie la fel ca ceilalţi, în special mai apropiat de felul de a fi al fratelui său, care avea succes atât pe plan social, cât şi în afaceri. Idealiza profesia de medic, dar era în acelaşi timp foarte indignat de felul în care considera că fusese tratat de medici. Când era chemat la tratament, avea atacuri de panică acasă şi petrecea zile în şir în pat, spunându-şi

că mai bine şi-ar pune capăt zilelor, pentru că totul era în zadar. Terapia electroconvulsivă (TEC) a fost luată în considerare în cazul lui.

La început, terapeutul i-a ascultat povestea, deoarece Ken era prea furios pentru a începe să îşi exploreze propriile atitudini şi simţea că nimeni nu îl înţelesese. Atacurile de panică erau clasice şi se centrau pe teama că nu va mai putea să respire şi că va muri. Acestea răspundeau la intervenţiile cognitiv-comportamentale de bază în privinţa controlului respiraţiei, hiperventilaţiei, expunerii gradate şi reeducării (Clark, 1999). Se descurcase atât de bine în timpul terapiei, încât îşi cumpărase o maşină nouă şi plecase într-o excursie pe continent. Dar la întoarcere, ajunsese din nou în pat, depresiv şi foarte furios.

Recidiva era formulată ca o problemă a idealurilor nerealiste. Ken avea fantezia că dacă anxietatea i-ar fi fost vindecată, ar fi devenit plin de energie şi ar fi compensat toţi acei ani pierduţi. Multă vreme dezvoltase o fantezie legată de felul în care i-ar fi plăcut lui să fie, eliberat de anxietate, şi nu un outsider. În fantezia lui, el ar fi fost exact ca ceilalţi, capabil să călătorească, capabil să aibă succes şi, în propriile lui cuvinte, „să se alăture în sfârşit speciei umane". Îşi imagina că oamenii normali nu sufereau niciodată de anxietate. Totodată, nutrea speranţa că va apărea vreun remediu magic care să-i înlăture anxietatea şi că, „odată însănătoşit, aşa va rămâne". În această şedinţă, el îi explica terapeutului cum fusese excursia pe continent. Suferise de anxietate în timpul călătoriei, însă reuşise să o ţină sub control.

Am desenat împreună două casete care să prezinte această situaţie: Eu cel ideal = eu fără anxietate. Eu cel real = aşa cum sunt acum.

Eu cel ideal	*Eu cel real*
La fel ca ceilalţi.	Nu ca ceilalţi/diferit.
Capabil să mă bucur de viaţă.	Viaţa este o experienţă nefericită.
Încrezător/plin de succes.	Un ratat.
Gata de explorare.	Copleşit de teamă.

Eu mă refer la diferenţa dintre aceste două coloane ca fiind „decalajul dezamăgirii" (Gilbert, 2000a). Când persoanele predispuse la depresie suferă o dezamăgire serioasă, furia lor este deseori îndreptată către propria persoană (autocritică pentru eşec) sau către ceilalţi (de exemplu, pentru că l-au abandonat). Ele pot deveni atât de demoralizate, încât cedează. Să aruncăm o privire asupra modului în care Ken a tratat această excursie.

Terapeutul: După cum mi-ai spus, se pare că ai făcut o mulţime de lucruri în această excursie, dar te-ai simţit dezamăgit de ea. Ce s-a întâmplat când te-ai întors acasă?

Ken: Am început să mă uit în urmă la tot ce s-a întâmplat şi m-am gândit: „De ce trebuie să fie atât de greu pentru mine, de ce sunt nevoit să lupt mereu cu anxietatea?". Ar fi trebuit să mă bucur mai mult după toată osteneala pe care mi-am dat-o să iasă bine. Ar fi trebuit să fac mai mult. A fost ca un fel de luptă. Aşa că m-am aşezat în pat şi m-am gândit îndelung cât de prost îmi mergeau toate şi cât de inutil era absolut totul. [*Constatăm cum ruminaţia/gândirea intensă reprezintă o problemă asupra căreia va trebui să ne aplecăm, dar, pentru moment, rămânem la aspectul idealurilor*]

Terapeutul: Din ceea ce am discutat înainte, se pare că experienţa trăită de tine nu a fost pe măsura idealului tău.

Ken: O, da, aşa este, a fost departe de ceea ce visam eu.

Terapeutul: În regulă, ce îţi trecea prin minte când ţi-ai dat seama că excursia nu era pe măsura idealului tău?

Ken: Am început să mă gândesc că ar fi trebuit să mă bucur de ea mai mult. Dacă m-aş fi simţit într-adevăr mai bine, aş fi făcut mai mult. Nu voi putea niciodată să mă ridic mai sus de atât. Este cam târziu acum şi presupune un efort prea mare.

Terapeutul: Se pare că a fost destul de dezamăgitor pentru tine.

Ken: Într-adevăr, foarte, îngrozitor, dar şi mai rău a fost când m-am întors acasă.

Terapeutul: Ce ai gândit despre tine?

Ken: Că am dat-o în bară din nou. Mă simțeam pur și simplu inutil. După toată munca noastră, nimic nu se schimbase.

Terapeutul: Hai să ne întoarcem la cele două coloane pentru moment și să vedem dacă am înțeles eu bine. Timp de mulți ani, ai avut o fantezie despre cum ar decurge lucrurile dacă te-ai simți mai bine. [*Arată spre coloana idealului*] Dar ca să ajungi acolo trebuie să lupți, și acest lucru este dezamăgitor pentru tine. Când ești dezamăgit, începi să te învinuiești, spunându-ți că ești un ratat și că este prea târziu și totul este lipsit de sens. Asta te face să ți se pară că tu, cel real, nu te-ai schimbat, așa este?

Ken: Da, absolut adevărat.

Terapeutul: Înțelegi cum dezamăgirea de a nu-ți fi atins idealul te face să te autoînvinuiești, și cu cât simți mai mult că ai dat greș, cu atât ești mai anxios, mai furios și mai deprimat?

Ken: Hm, da.

În cazul lui Ken, am putut să lucrăm cu acea conexiune care unește idealul, dezamăgirea și autoînvinuirea. Putem constata în același timp că era vorba de 30 de ani de experiență a dezamăgirii. Mai târziu, pe parcursul ședinței noastre, am putut explora succesele pe care le-a înregistrat în acea excursie și să analizăm modul în care Ken desconsidera aspectele pozitive, dacă acestea nu corespundeau unui ideal. El a înțeles că în acest fel erau „distruse și sfâșiate în bucăți acele lucruri bune care i se întâmplau".

Mai erau și alte aspecte, cum ar fi noua identitate de sine, pusă în valoare de faptul că putea să călătorească și să nu mai fie o victimă a anxietății. Noua percepție a sinelui îi era „necunoscută" și îl îngrijora gândul că, dacă s-ar fi făcut bine, ceilalți nu ar mai fi fost atât de interesați să îl ajute. Simțea în același timp că ar fi vrut să se debaraseze de trecutul lui, în care se simțea „foarte puternic înrădăcinat". Cu toate acestea, încet-încet, Ken începea să își transforme propriul ideal și să deplângă oportunitățile pierdute. Avea încă mult de lucru cu tristețea, pe care furia lui părea să o

camufleze. Toate acestea au durat mult timp, iar terapia a durat peste un an de zile. Timp de câţiva ani, l-am revăzut pe Ken cu ocazia unor scurte recidive şi a unor şedinţe „de control".

Aşadar, acele „ar trebui" indică deseori idealurile. Autoînvinuirile provin din dezamăgire, şi acest lucru face persoana depresivă să simtă că se îndepărtează de ideal. Din păcate, aceste învinuiri, urmări ale dezamăgirii şi eşecului celorlalţi de a împlini diferite nevoi ale pacientului, pot la rândul lor să alimenteze agresivitatea. Într-unul dintre cazuri, un tânăr avea fantezii extrem de nerealiste legate de modul în care ar trebui să fie o relaţie de iubire (era exagerat de egocentric). Când partenerele lui nu se ridicau la imaginea ideală creată de el, îşi exprima dezamăgirea prin violenţă. Îi era foarte greu să renunţe la idealul lui (gânduri de tipul „ele ar trebui să...") în timp ce nevoia lui de a primi în permanenţă atenţie era mare.

Astfel, terapia explorează acele „ar trebui", „ar fi cazul" şi „neapărat" care caracterizează idealurile înalte. Este important să fim conştienţi de experienţa dezamăgirii care urmează după ce am eşuat în atingerea idealurilor înalte. Personalităţile de tipul A (cele în mod special competitive şi preocupate de punctualitate) pot de asemenea să întâmpine greutăţi în schimbarea propriilor standarde, deoarece acest lucru poate însemna că nu vor fi capabile să îşi atingă idealul de a fi speciale sau superioare celorlalţi (Gilbert, 1989). În aceste cazuri, metoda identificării avantajelor şi dezavantajelor asociate cu schimbarea idealurilor poate fi utilă (vezi capitolul 12). Astfel putem spune că deseori în consiliere este necesar un mod de lucru special pentru rezolvarea problemei pe care o reprezintă dezamăgirea.

Există o cantitate impresionantă de materiale în cadrul psihologiei pozitive, care se referă la modul în care putem ajuta pacienţii să îşi formuleze obiectivele şi idealurile şi să le arătăm cum să ajungă la acestea. Uneori, acest aspect este prezentat într-un mod destul de neutru, dar, în realitate, terapeutul le va formula astfel încât să fie realiste, posibil de atins şi adecvate din punct de vedere

social. Una dintre problemele cu care avem de a face în cazul depresiei este că idealurile nu sunt doar idealuri, ci li se acordă o enormă semnificaţie emoţională, deoarece sunt asociate cu refacerea după multă suferinţă, depăşirea unui episod depresiv sau atingerea unei identităţi de sine dorite. Suntem nevoiţi să clarificăm adesea faptul că, dacă ne vom atinge idealurile propuse, nu înseamnă neapărat că aşa vom ajunge să avem o viaţă fericită şi că acesta este de fapt un mit al societăţii occidentale, o iluzie. Există anumite lucruri care favorizează atingerea fericirii şi altele care nu reuşesc acest lucru (Carr, 2004). Astfel, când avem de-a face cu idealuri, înţelegem felul în care oamenii le folosesc, felul în care luptă pentru ele şi funcţiile lor implicite. În mod evident, aspectul toleranţei şi acceptării dezamăgirii este în egală măsură important (vezi capitolul 4).

Aspecte-cheie 14.3. *Idealuri*

1. Idealurile reprezintă speranţele şi aspiraţiile noastre legate de cum ne-ar plăcea să fie lucrurile. Ele pot fi revelate de terapeut folosindu-se de întrebări, precum: „Cum ţi-ar plăcea să fie lucrurile? Cum ţi-ar plăcea să fii tu însuţi?".
2. Clienţii depresivi pot avea idealuri nerealiste şi pot resimţi un puternic sentiment de dezamăgire atunci când idealurile nu sunt atinse. Aceasta, parţial, deoarece idealurile lor nu numai că se referă la lucruri bune, dar, mai mult, lor li se atribuie proprietăţi curative aproape magice. Dacă nu sunt atinse „idealurile", este posibil să fie declanşate temeri fundamentale.
3. Uneori, persoanele depresive sunt atât de dezamăgite că au eşuat în atingerea idealurilor lor, încât dezamăgirea se extinde, îmbrăcând forma furiei şi ele descalifică sau distrug aspectele pozitive din existenţa lor.
4. Faptul că ajutăm pacienţii să înţeleagă gândurile, sentimentele şi temerile fundamentale care sunt declanşate de dezamăgire constituie cheia unei abordări terapeutice eficiente a idealurilor.

Invidia

Invidia este un sentiment diferit de gelozie şi se naşte din senzaţia că alţii sunt într-o situaţie mai bună decât tine (Parrott şi Smith, 1993; Smith şi Kim, 2007). Asemenea ruşinii, invidia apare în urma comparaţiei eu-celălalt şi atunci când persoana respectivă simte că este inferioară într-un anumit fel. Parrott şi Smith (1993) au ajuns la concluzia că invidia înseamnă să te simţi inferior celui pe care îl invidiezi, să tânjeşti şi să ai resentimente, dar totodată acest sentiment este dezaprobat. Într-adevăr, recunoaşterea invidiei este ruşinoasă, de aceea pacienţii s-ar putea să nu admită acest lucru cu uşurinţă în cadrul terapiei. În culturile bazate pe competiţie, unde se pune accentul pe individualism, invidia este din nefericire destul de răspândită (Gilbert, 1989, 1992). Smith, Parrott, Ozer şi Moniz (1994) au ajuns la concluzia că sentimentele ostile de invidie au tendinţa să se raporteze la un simţământ de nedreptate – acela că persoana invidiată are un avantaj *nemeritat*. Elementele depresive sunt legate de faptul că aceia care au ceva mai mult sau sunt percepuţi ca fiind superiori într-un anumit fel scot în evidenţă propria inferioritate a celui care nutreşte invidia – tocmai comparaţia socială negativă şi autoevaluările subiacente invidiei par să fie factorii ce duc la depresie (Gilbert, 1992). Există diverse forme de invidie.

Teama de propria invidie

Depresia lui Anne avea legătură, după cum considera ea, cu menopauza. Era furioasă că „hormonii ei îi făceau zile negre". În acelaşi timp, se gândea să îi facă şi pe alţii să se simtă rău, deoarece considera că nimeni nu înţelegea cât de greu îi era – se săturase să tot primească sfaturi de la prietene despre cum „făcuseră ele faţă menopauzei". „Măcar dacă aş putea să le fac să simtă ceea ce simt eu, le-ar pieri zâmbetul de pe faţă", îşi spunea ea. Mai erau şi diferite fantezii agresive. Dar apoi adăuga: „O, dar

nu ar trebui să gândesc aşa, nu? Mă simt îngrozitor că am putut să gândesc în felul ăsta". Aşadar, aceste sentimente o făceau să se simtă mai izolată, iar ea le interpreta ca fiind dovada că era rea, nedemnă de iubire (altfel spus, un motiv de ruşine).

Anne: Până să am depresia asta, nu mi-am dat niciodată seama că aş putea să fiu atât de răzbunătoare. Văd cât de bine se distrează prietenele mele şi mă gândesc: „Şi eu eram ca ele. De ce să mi se întâmple tocmai mie? De ce să nu li se întâmple lor? De fapt le urăsc pentru că sunt fericite. Este îngrozitor. Poate că merit toate astea, pentru că în sinea mea sunt atât de răutăcioasă".

Terapeutul: Deci ai două probleme. Una din ele se referă la sentimentele tale răzbunătoare, iar cealaltă constă în faptul că tu vezi toate astea ca o dovadă că eşti răutăcioasă?

Anne: Da. Urăsc faptul că am acest resentiment care mă roade când sunt în prezenţa altora.

Terapeutul: Deci resentimentul te face să te simţi diferită, altfel decât ceilalţi?

Anne: O, da, şi acelaşi efect îl are şi depresia. Altădată eram ca ele. Nu prea aveam timp pentru persoanele deprimate. Ştiu ce trebuie să gândească acum despre mine. Dar, cu siguranţă, eu fac eforturi să ascund lucrul acesta.

Odată ce a ajuns în acest punct, Anne mi-a vorbit pe îndelete despre pierderea vechiului ei sine şi despre furia provocată de ceea ce „i se întâmplase". Când ne-am întors la invidie, am încercat să mă focalizeze pe experienţa invidiei, a convingerilor negative despre sine şi a pierderii „sinelui fericit".

Terapeutul: OK, hai să ne gândim pentru o clipă la invidie. Să presupunem că ţi-ai permite să simţi invidie fără să afirmi că acest lucru înseamnă că eşti răutăcioasă.

Anne: Dar sunt răutăcioasă, Paul. Este ceva atât de distructiv. Nu îmi doresc să simt acest lucru. Vreau să fiu din nou bine.

Terapeutul: Da, acesta este scopul nostru, dar până să ajungem acolo, ne propunem să vedem care sunt ideile tale negative despre propria persoană, care în acest moment se axează pe invidie.
Anne: Hm, nu vreau să simt invidie.
Terapeutul: Ei bine, hai să facem o schemă.

După aceea, terapeutul desenează un cerc cu mai multe conexiuni: simt invidie pentru că sunt deprimată, asta însemnând sunt răutăcioasă, mă simt mai rău în ce mă privește, ceea ce duce la o depresie mai intensă și la sentimente mai intense de invidie.

Terapeutul: Vezi, dacă am putea rezolva problema „înseamnă că sunt răutăcioasă", te-ar ajuta să ai simțăminte mai puțin negative la adresa ta. Este mai mult un raționament general, care îți conferă sentimentul unui sine bun pe care l-ai pierdut, pe care îl aveai altădată.
Anne: Dacă nu sunt răutăcioasă, atunci cum sunt?
Terapeutul: Ei, hai să ne gândim la alternative. În general, de ce sunt oamenii invidioși – o, în afară de varianta în care ar fi răutăcioși? [*Pacienta zâmbește*]
Anne: [*Se gândește*] Hm, cred că se simt deprimați sau simt că le lipsește ceva, cum spuneam mai devreme.
Terapeutul: Ți se pare rezonabil ca oamenii să simtă invidie când în sinea lor simt că au nevoie de ceva anume?
Anne: Da, așa cred.
Terapeutul: Deci, presupunând că am aplica aceste raționamente la persoana ta și am spune că sentimentele tale de invidie reflectă nevoia de a te simți bine și de a fi precum ceilalți din nou, și nu o dovadă a unui sine răutăcios?
Anne: Va trebui să mă gândesc la lucrul ăsta.
Terapeutul: În regulă. [*Zâmbește*] Hai să ne gândim la asta.

După aceea ne-am ocupat de schimbarea aprecierii de sine, astfel încât ea a început să reconsidere invidia în termenii unor

sentimente legate pe problema ei şi de senzaţia că era diferită faţă de ceilalţi, şi nu ca o dovadă că ar fi fost o persoană răutăcioasă. Invidia a devenit un afect neplăcut, care era mai curând explicabil decât pur şi simplu o experienţă interioară care o determina să se simtă rău. Treptat, pe măsură ce Anne începea să îşi accepte propria invidie şi alte sentimente distructive fără să se autoînvinuiască, a devenit capabilă să vorbească mai mult în faţa prietenelor ei despre depresie şi, cu timpul, s-a însănătoşit. Mai târziu, ea mi-a spus că interpretarea pe care o dădusem invidiei ei şi refuzul meu de a o percepe ca pe o dovadă a răutăţii ei o ajutaseră să o accepte şi să facă eforturi pentru a rezolva această problemă. La fel ca şi în alte cazuri, astăzi am putea face mai mult apelând la acceptarea plină de compasiune.

Invidia faţă de terapeut

Uneori, pacienţii vor simţi o invidie intensă faţă de terapeut şi vor avea diferite gânduri centrate pe ideea că terapeutul are o existenţă relativ uşoară şi lipsită de suferinţe – şi, în comparaţie cu pacienţii noştri, s-ar putea să existe un oarecare adevăr în această convingere, deşi pentru unii terapeuţi este mai puţin valabilă decât s-ar putea presupune. Este important ca terapeuţii să nu devină defensivi sau să nu încerce să le demonstreze pacienţilor că „viaţa mea nu este chiar atât de palpitantă pentru mine, ştii". În schimb, este important să discutăm aceste sentimente în terapie şi să evităm să inducem ruşinea din pricina lor, dar, în acelaşi timp, să explorăm şi modul în care ele pot fi nocive pentru lucrul în colaborare. De exemplu, Dean se străduia să rezolve diferite aspecte lucrând individual, iar eu încercam să îl ajut cu fiecare în parte. Conversaţia noastră se desfăşura în felul următor:

Dean: Da, este uşor pentru tine – tu înţelegi toate aceste lucruri, ai studiat şi ţi-ai luat diplome şi chestii de astea. Eu însă, nu. Viaţa mea este dură – nu ca a ta.

Terapeutul: Hm. Sună ca și când ai fi dezamăgit că nu poți să faci așa cum ți-ar plăcea și te simți frustrat că lucrurile par mai dificile pentru tine decât sunt pentru alții. Și că mie îmi este ușor.

Dean: Bineînțeles, niciodată nu mă pot relaxa. Întotdeauna pare atât de simplu pentru alții. La fel cum era la școală. De-aș fi fost mai inteligent și nu aș fi fost văzut ca un prostănac.

Prin depersonalizarea învinuirii aduse terapeutului și tranziția către un sentiment mai general de invidie (resentiment), am putut să explorăm acest sentiment, care dura de mult timp, de a fi mai puțin capabil decât alții (pe care l-am mai întâlnit înainte, în lucrul nostru împreună). În acest fel, empatizând cu dezamăgirea, am reușit să lucrăm treptat în jurul ideii de explorare a invidiei. Totodată, am încercat să demonstrez că am putut să fac față atacurilor lui pline de invidie și să nu îl fac să-i fie rușine pentru acestea. A trebuit să fiu atent la modul în care ar fi putut să declanșeze în mine sentimente defensive și agresive – a trebuit să le observ, dar am încercat să rămân plin de compasiune, curios și empatic.

Terapeutul: Mă întreb în ce măsură gândurile tale despre cât de „ușor este pentru mine" te împiedică să profiți de unele lucruri din terapie care te-ar putea ajuta?

Dean: Poate se întâmplă așa ceva.

Terapeutul: OK, poate fi adevărat că este mai ușor petru mine – deci ce ai avea nevoie să fac eu pentru ca lucrurile să fie mai ușoare pentru tine? Vreau să spun, cum ai putea să mă folosești mai mult în avantajul tău?

Dean: [*Pare surprins*] Nu știu. [*Face o pauză*] Cred că nu m-aș putea gândi niciodată că aș fi capabil să mă folosesc de tine.

Terapeutul: Mi se pare că ai de ales. Fie poți să continui să simți invidia și resentimentul pentru că eu par a fi capabil să înțeleg aceste lucruri și tu nu, fie poți spune: „Am de gând să îl las pe terapeutul din fața mea să îmi arate ce poate, dacă tot știe atâtea".

Observând o schimbare în dispoziţia lui Dean, am zâmbit şi am adăugat: „Ai putea spune: «Hei, am de gând să îl las pe terapeutul din faţa mea să muncească într-adevăr pentru banii pe care îi primeşte!»". La auzul acestor cuvinte, Dean a zâmbit discret. Aveam genul acesta de conversaţii de nenumărate ori, dar am încercat să nu fiu defensiv în faţa atacurilor lui, ci să îl fac pe Dean să îşi îndrepte atenţia spre felul în care putea folosi ceea ce i se oferea, muncind în colaborare şi am încercat să îl responsabilizez în privinţa terapiei. Era un caz dificil, iar Dean rămânea într-un fel invidios şi neîncrezător faţă de tot ceea ce însemna autoritate, însă devenea mai puţin depresiv şi capabil să se concentreze mai mult pe ceea ce putea face, şi nu pe ceea ce nu putea. Totodată, a devenit mai conştient de propria ruşine (faptul că se simţea în sinea lui un „prostănac") şi a făcut eforturi deosebite să îndrepte aceste defecte. Spre sfârşitul terapiei, era mai implicat, relaxat şi capabil să recunoască faptul că, „per total, terapia fusese o experienţă utilă" pentru el – şi că era cu adevărat trist că trebuia să o încheie. Am oferit acest fragment de conversaţie din timpul consilierii pentru a avertiza terapeuţii în privinţa cazurilor de invidie. Totuşi, poate fi greu să lucrezi cu persoane foarte invidioase şi veţi avea nevoie de multă concentrare (vezi Horner, 1989, pentru o discuţie mai detaliată în legătură cu invidia în terapie).

Teama de a nu trezi invidia altor persoane

Cu ceva ani în urmă, înainte să începem terapia, Ken îşi cumpărase o maşină nouă, însă a vândut-o trei luni mai târziu. Când l-am întrebat de ce, mi-a răspuns că în timp ce conducea i-a venit ideea că alţii se uitau la el gândindu-se: „De unde naiba a avut ăsta bani ca să cumpere o asemenea maşină? Cine se crede?". Ken avea un simţământ acut al persecuţiei. Trecutul lui familial fusese presărat cu multe situaţii ce implicau invidia, ceea ce constituia o parte a dinamicii familiei sale.

Terapeutul: Chiar dacă ar fi adevărat că alte persoane sunt invidioase pe tine, de ce ar fi acesta un motiv să îţi vinzi maşina?

Ken: Nu mi-aş dori ca ei să gândească în acest fel. Vor încerca să mă facă să mă simt prost.

Terapeutul: Dar să presupunem că am înţelege că invidia face parte din viaţă şi noi trebuie să învăţăm să îi facem faţă, în loc să ne ascundem de ea. Ce ai spune?

Ken: Hm, nu sunt prea sigur de chestia asta.

Terapeutul: În regulă, hai să ne uităm la avantajele şi dezavantajele pe care le-ar implica faptul de a accepta invidia altor persoane.

Acest lucru a dezvăluit multe avantaje: „Aş fi liber să am tot ceea ce îmi doresc (maşini, haine etc.). Aş simţi că am mai mult control asupra vieţii mele, că nu sunt nevoit să mă gândesc la ceilalţi mereu. M-aş simţi mai bine şi mai optimist". Cu toate acestea, erau şi multe dezavantaje: „Ceilalţi vor crede că nu îmi văd lungul nasului. Ar putea să mă rănească sau să mă umilească. Vor crede că mă simt foarte bine şi că nu am nevoie de ajutorul lor. Nu vor dori să mă ajute dacă voi avea nevoie. S-ar putea să le facă plăcere să mă vadă doborât la pământ. Aş putea ajunge chiar mai înstrăinat".

Terapeutul: Sună ca şi când ai fi realmente terorizat de eventualitatea succesului şi a schimbării.

Ken: Acum, când pun pe hârtie toate chestiile astea, înţeleg mai bine. Într-adevăr, devin foarte neliniştit când mă gândesc ce ar crede ceilalţi dacă mie mi s-ar întâmpla lucruri bune.

Terapeutul: Da, dar este mult mai mult de atât, este convingerea ta că alţii te vor face să te simţi prost, nu te vor ajuta şi tu nu vei fi capabil să faci faţă situaţiei.

Explorarea trecutului dezvăluise figura unui tată care rareori îl lăudase pe Ken, parţial pentru că acesta nu fusese niciodată la fel de bun ca fratele său şi parţial pentru că, în timp ce era evident

că fratele său ducea mai departe tradiţia familiei, iar ei se mândreau cu acest lucru, tatăl nu avusese parte de aceeaşi satisfacţie din partea lui Ken. De aceea, când acesta îşi cumpărase o maşină nouă şi i-o arătase mândru tatălui său, acesta comentase doar că nu înţelegea de ce îi trebuia lui Ken o maşină atât de grozavă, în situaţia lui. Totodată, tatăl păruse uşor iritat de ideea că fiul lui, care fusese anxios şi depresiv timp de ani buni, ajunsese să îşi cumpere acum o maşină nouă.

Au existat multe discuţii în privinţa acestor aspecte, în timp ce terapeutul acţiona în direcţia încurajării (sau în termenii psihologiei sinelui (Wolf, 1988), ca un obiect al reflectării sinelui (vezi pp. 244-250). Astfel, un lucru pe care Ken ar fi putut să-l facă în afara şedinţelor de consiliere era să înceapă să se uite la modele noi de maşini şi, în cele din urmă, să cumpere una, ceea ce a şi făcut. În acelaşi timp, el a discutat deschis despre intenţiile lui împreună cu prietenii, iar mulţi dintre aceştia îi spuneau: „Bravo ţie, băiatule, dacă îţi permiţi aşa ceva!". Unul dintre prietenii lui i-a spus: „Oricum nu putem lua banii pe lumea cealaltă", şi această idee i-a rămas în minte. Astfel, el a pornit în căutarea altor dovezi. Într-un fel, teama de invidia celor din jur poate fi văzută ca o formă a nevoii de a fi apreciat. Totuşi, în cazul invidiei, nu numai de dezaprobare ne este teamă, ci şi de critici, de refuzul de a fi ajutaţi şi de eventualitatea de a fi izolaţi. În cazul lui Ken, era un conflict evident între dorinţa de a fi perceput ca un om suferind, care avea nevoie de ajutor, şi cea de a fi văzut ca un om de succes şi mulţumit.

Aspecte-cheie 14.4. *Invidia*

1. Invidia este legată de sentimente şi convingeri puternice că suntem diferiţi faţă de ceilalţi şi, în anumite privinţe, mai prejos decât aceştia.
2. Chiar sentimentul de invidie intensifică deseori senzaţia de diferenţă şi impresia că persoana respectivă este un outsider.

3. Terapeutul ajută pacientul să își accepte invidia și să înțeleagă că este deseori legată de unele sentimente și convingeri legate de nevoi, mai curând decât dovada unui sine rău sau malițios.
4. În cazul unor depresii, sentimentul invidiei poate submina terapia, dacă nu este recunoscut. Uneori, pacientul ar putea fi invidios față de terapeut (sau față de stilul de viață al acestuia) și să întâmpine dificultăți în încercarea de a colabora.

Concluzie

Capitolul de față și cel anterior au explorat diferite teme principale, centrate pe modul în care pacienții se percep pe ei înșiși în raport cu ceilalți. Ruşinea, vinovăția, idealurile nerealiste, comparațiile sociale nefavorabile și invidia, toate sunt emoții și cogniții puternice, care pot fi extrem de distrugătoare pentru toate tipurile de relații, inclusiv cea terapeutică. În spatele multora dintre aceste emoții și cogniții negative, care sunt responsabile pentru înrăutățirea unei depresii, sunt autoînvinuirile, evitarea, blocajul și rezistența.

Când aveți de-a face cu aceste teme interpersonale, amintiți-vă că ele pot afecta relația terapeutică. Ca în oricare situație de acest fel, este important să acționați într-un mod nondefensiv și să vă asigurați că nu mergeți dincolo de limitele expertizei și experienței de care dispuneți. Terapeuții pot învăța cum să evite activarea rezistenței, fără să se comporte chiar ei într-un mod care induce ruşinea, fiind critici, defensivi și plini de condescendență. Rareori puteți să previzionați de la începutul terapiei ce tip de aspecte veți scoate la iveală pe parcurs, de aceea este important să înțelegeți aceste aspecte. Iar dacă veți constata că întâmpinați dificultăți mari în lucrul pe care îl desfășurați, căutați sfatul și supervizarea din partea altor specialiști și fiți pregătiți să vă încredințați pacienții

unor colegi mai experimentaţi. Totuşi, putem fi realişti în privinţa acestui aspect. Este omenesc să fim defensivi din când în când, dar dacă manifestăm compasiune faţă de această situaţie şi încercăm în mod deschis să rezolvăm discontinuităţile terapeutice, în acest fel ne vom ajuta pacienţii (vezi Gilbert şi Leahy, 2007).

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 15

Scurtă recapitulare, câteva observații despre încheierea relației terapeutice şi reflecții personale

Am început cartea de față încercând să stabilim care sunt cauzele depresiei şi să observăm cât de departe în cadrul procesului nostru evolutiv putem să o identificăm. Răspunsul pare să fie acela că potențialul de inhibare a afectului pozitiv şi de intensificare a afectului negativ a apărut cu mult timp în urmă. Aceste stări mentale potențiale au evoluat deoarece sunt parte din modul în care animalele se apără atunci cund sunt expuse diferitelor tipuri de amenințări şi pericole. Este motivul pentru care modalitățile noastre de explorare în ceea ce priveşte depresia au analizat această afecțiune ca pe o formă de protecție şi de sensibilitate în fața amenințării. Acesta este aspectul care stă la baza modului în care empatizăm cu persoanele depresive, atât timp cât suntem încorsetați de strategii puternic defensive, evolutive. Ființele umane sunt un soi de specie tragică, deoarece ne-am dezvoltat în egală măsură o diversitate de abilități pentru anumite tipuri de conştientizare de sine şi gândire. Noi nu doar ne luptăm cu cei cu care suntem în conflict, ci putem să planificăm modul de luptă şi să construim bombe pe care să le lansăm asupra semenilor. Putem fi stăpâniți de dorința de a ne răzbuna cu prețuri uriaşe. Capacitatea noastră de gândire ne-a oferit noi căi de a vedea şi înțelege lumea, dar poate fi totodată un mijloc de a intensifica într-o mare măsură porniri mai primitive şi strategii de protecție.

Aşadar, dispoziţia depresivă este cea spre care putem fi târâţi reactivând forme primitive de claustrare protectoare. Să experimentezi o astfel de dispoziţie înseamnă să experimentezi întunericul şi o suferinţă emoţională puternică. Astfel, putem fi prinşi în capcană, întrucât gândurile şi comportamentele noastre pot menţine şi înrăutăţi aceste stări. Vulnerabilităţile noastre faţă de toate acestea se găsesc în genele pe care le purtăm, în experienţele timpurii şi interacţiunile lor (Caspi şi Moffitt, 2006; Taylor *et al.*, 2006), amintirile noastre emoţionale şi predispoziţiile cerebrale asociate lor (Brewin, 2006; Gilbert, 1984) şi modelele de procesare internă sau schema eu-celălalt pe care o dezvoltăm (Baldwin, 2005; Beck *et al.*, 1979; Bowlby, 1980).

Şi totuşi, evoluţia abilităţii noastre de a relaţiona cu ceilalţi în maniere pline de grijă, de a ne simţi în siguranţă şi de a fi influenţaţi de mintea altora poate fi o sursă a eliberării noastre, deoarece atunci când ne simţim în siguranţă multe lucruri se schimbă. În plus, chiar procesele gândurilor, metacogniţiile, tipurile de conştientizare a sinelui care ne demoralizează când ne concentrăm în moduri diferite asupra lor ne pot descătuşa. Acesta a fost lucrul pe care l-a înţeles Buddha în urmă cu aproape 3.000 de ani. Viaţa înseamnă să suferi, dar important este *cum* suferim. Civilizaţia occidentală a mai descoperit şi că, odată ce am înţeles cât de nesupusă poate fi mintea noastră şi odată ce am înţeles modul în care comportamentele şi gândurile noastre (îndreptate spre lumea externă şi internă) pot să ne facă mai mult rău, suntem mai bine motivaţi să acţionăm pentru a ne ajuta. Sunt moduri în care putem să reacţionăm faţă de „predispoziţiile" minţii noastre, neacceptând gândurile noastre aşa cum par la prima vedere, angajându-ne în explorarea lor în loc să evităm acele lucruri de care ne temem şi acţionând împotriva tendinţelor de claustrare şi închidere în sine ce apar în depresie. Este posibil să avem nevoie de o altă minte (o altă persoană), care să ne îndrume şi să ne ajute să ne simţim îndeajuns de siguri şi suficient de încurajaţi pentru a face acest lucru, dar cu siguranţă putem să o facem. Cercetările

arată că pentru mulţi oameni acestea sunt modalităţi de a dezactiva strategiile depresive de protecţie.

Privită în acest fel, depresia nu este nici o deficienţă (deşi cu siguranţă apar unele deficienţe), nici o disfuncţie (deşi apar unele disfuncţii) şi nici o eroare (deşi apar unele erori), ci o adaptare la nivel atât genetic, cât şi fenotipic. Indiferent dacă vom examina modul în care este afectat creierul uman de un abuz sau de neglijenţa din prima perioadă a vieţii sau dacă ne vom gândi la modul în care unii dintre noi, cu anumite temperamente, fac faţă brutalităţii sau luptă să îşi câştige rolul meritat în această lume şi se supun formelor dure de autocritică, ceea ce putem remarca este faptul că facem tot ce ne stă în putinţă pentru a ne adapta la ameninţările şi provocările cu care ne confruntăm. Faptul că posedăm un creier care are, să zicem, un nivel redus de funcţionare la nivelul cortexului frontal, din cauza unui abuz, astfel încât încrederea şi sentimentul de siguranţă sunt resimţite cu greu, poate fi un mod de adaptare la medii extrem de ostile, unde viaţa ar fi fost scurtă. Modurile în care creierul nostru (şi diferite fenotipuri) se adaptează la diferite medii se pot dovedi periculoase şi maladaptive, în special dacă mediile se modifică (şi având în vedere capacitatea noastră umană pentru anumite tipuri de gândire), dar nu este vina noastră – ţine de tipul de creier pe care îl avem, cu diferitele nevoi pe care le avem.

În opinia mea, de aceea sunt atât de importante abordările biopsihosociale. Ele ne permit nu doar să ne gândim la complexităţile unor interacţiuni, ci, în acelaşi timp, să depăşim „şcolile de terapie" şi să începem să ne concentrăm intervenţiile pe tipuri specifice de dificultăţi. Într-adevăr, aceasta este direcţia spre care se îndreaptă cercetarea şi terapia moderne. Trebuie să evaluăm cu atenţie problemele pe care le întâmpină o persoană depresivă şi după aceea să apelăm la abordări bazate pe dovezi pentru a ne ocupa de probleme specifice. În acest fel abordăm comportamentul de evitare, modul de a face faţă conflictelor interpersonale, emoţiile şi amintirile neprocesate, gândurile stăruitoare, focalizarea

atenţiei, stilurile de gândire şi de interpretare a situaţiilor, modalităţile de a fi plin de compasiune faţă de sine în locul autocriticii dure. În esenţă, facem apel la ştiinţa tot mai avansată a psihologiei şi la descoperirile din cercetare pentru a dezvolta intervenţii fundamentate ştiinţific. În plus, ne orientăm tot mai mult spre descoperirea modurilor în care am putea să dezvoltăm intervenţii psihologice care vizează procese neurofiziologice specifice (Cozolino, 2002 ; Linden, 2006). Dacă cineva are probleme în anumite zone ale creierului, cum ar fi cortexul frontal sau mecanismele de liniştire, ce fel de intervenţii sunt eficiente, având în vedere că acum ştim că creierul este cu mult mai flexibil şi modificabil faţă de cum se crezuse anterior (Schwartz şi Begley, 2002). Cum poate fi de folos terapia bazată pe compasiune în acest caz ? Trebuie să recurgem la cercetare. Aşadar, toate cele de mai sus constituie baza intervenţiilor terapeutice care au fost discutate aici. Putem acum să trecem în revistă pe scurt opiniile noastre despre aceste intervenţii.

Scurtă recapitulare

Când persoanele care suferă de depresie vin pentru a fi ajutate, au de obicei un amalgam complex de probleme. Aceste probleme sunt legate de ameninţări şi dificultăţi exterioare şi, în acelaşi timp, de ameninţări şi dificultăţi interioare. Pentru psihoterapeut şi consilier, oricare ar fi cauza depresiei, experienţa alienării emoţionale şi a retragerii în sine, deseori însoţită de dorinţa clară de a scăpa, poate fi o parte esenţială a problemei. Figura 15.1 oferă un scurt rezumat şi o hartă conceptuală pentru evaluare şi intervenţie.

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

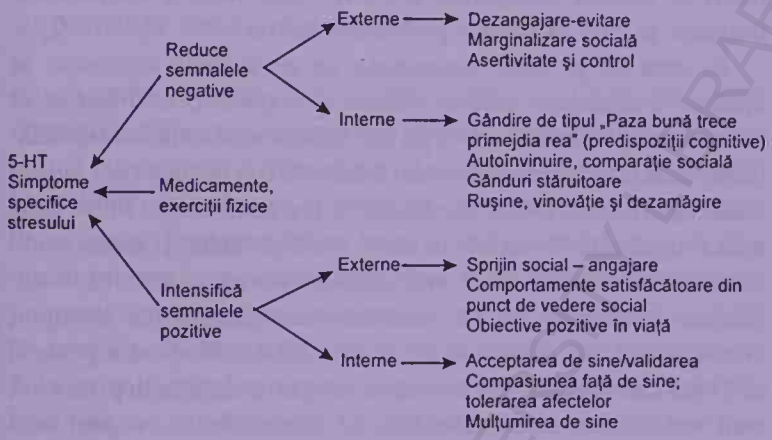


Figura 15.1. *Strategii de intervenţie biopsihosociale*

Importanţa stării fiziologice

Depresia ne influenţează în egală măsură biologic şi psihologic, iar aceste aspecte interacţionează permanent. De exemplu, există astăzi dovezi solide că stările depresive diferă şi reprezintă patternuri psihobiologice complexe, asociate cu o activitate intensificată în diferite sisteme de procesare a stresului (cum ar fi amigdala şi HHC – axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenală). Acestea produc dereglări în ritmurile organismului, inclusiv în patternurile somnului şi conţinutul viselor. În termeni foarte generali, unele semnale negative, cum ar fi pierderile şi ameninţările, au tendinţa să intensifice stresul şi pot să afecteze 5-HT şi alţi neurotransmiţători, în timp ce semnalele pozitive (aprecierea, iubirea) tind să reducă stresul (de exemplu, hidrocortizon), intensifică 5-HT şi opioizii. Există, cu siguranţă, multe abateri de la astfel de reguli generale, dar o regulă generală importantă în lucrul cu depresia este să încercăm să *reducem semnalele negative şi să intensificăm semnalele pozitive.* În cartea de faţă am remarcat existenţa a două

tipuri de sisteme emoţionale pozitive: motivaţia şi mulţumirea/liniştirea şi cum să lucrăm pentru a le activa.

În ceea ce priveşte necesitatea ca persoanele depresive să apeleze la medicaţie, este un subiect care poate fi dezbătut în alt context cu specialişti care deţin calificarea medicală corespunzătoare, însă noi rămânem deschişi colaborării şi dezbaterilor despre medicaţie (Burns, 1980). Medicaţia va fi o componentă importantă a unui tratament de succes în cazul unor persoane şi multe studii demonstrează că, în cazul unei depresii severe şi cronice, tratamentele combinate pot da rezultate încurajatoare (de exemplu, Dimidjian *et al.*, 2006; Klein *et al.*, 2004). Medicaţia poate fi eficientă când persoanele depresive sunt extenuate de depresia lor, sunt anhedonice şi au tulburări de somn. Totuşi, o problemă importantă legată de antidepresive, în cazul multor persoane, o reprezintă efectele secundare. Există mari diferenţe individuale în privinţa felului în care oamenii reacţionează din punct de vedere fiziologic la medicamente care au prea puţin de-a face cu tulburarea (Healy, 2001). Gândiţi-vă, de exemplu, cât de diferit reacţionează oamenii la consumul de alcool. Totodată, medicamentele sunt doar un mod de a influenţa în mod direct sistemele fiziologice ale afectului. La fel de utile pot fi exerciţiile fizice în cazul depresiei şi pot fi recomandate în urma discuţiei cu medicul de familie, care poate şti dacă este nevoie de precauţie în executarea acestora. Recent, s-a manifestat interesul pentru tratamentul pe bază de sunătoare şi, de asemenea, pentru cel cu Omega-3. Schimbarea dietei şi masajul pot fi utile în anumite cazuri. Ideea este că nu ar trebui să neglijăm „aspectele care ţin de organism" în cazul depresiei, inclusiv rolul important al somnului şi dobândirea unui pattern al somnului cu rol de refacere (Moldofsky şi Dickstein, 1999). Aşadar, în privinţa acestor chestiuni, vom lucra în strânsă colaborare cu medicul de familie al pacientului şi vom planifica o îngrijire şi intervenţii de calitate, altfel spus, vom aborda depresia din mai multe unghiuri.

Importanța modelului urmat

Există multe „modele și teorii" despre depresie. Chiar și în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale există diverse abordări. În ultima vreme se manifestă o preocupare tot mai mare față de acest aspect. Una dintre dificultățile cu care ne confruntăm este încercarea de a rămâne fundamentați pe baze științifice, astfel încât să înțelegem procesele implicate în depresie și să dezvoltăm intervenții terapeutice pentru aceste procese. Dovezile vin în sprijinul ideii că terapiile centrate, care identifică dificultăți specifice (cum ar fi stilurile de gândire negativă, gândurile stăruitoare, amintirile traumatizante nesoluționate, evitarea comportamentală) și își orientează intervențiile către aceste dificultăți sunt cele mai eficiente. Aceasta nu înseamnă că acel terapeut va deveni un tehnician și nu se va concentra asupra unor aspecte precum relația terapeutică și descoperirea direcționată. Departe de așa ceva. Cu toate acestea, este important pentru orice terapeut și consilier să aibă un model în minte, pe care să îl poată prezenta pacientului suferind de depresie. Ne putem gândi la felul în care vom înlătura rușinea asociată cu depresia, prezentând experiența suferinței umane ca fiind normală, și astfel vom înțelege că anumite forme de depresie pot fi activările intense, cronice, ale strategiilor de siguranță (pierderea controlului, protest-disperare și înfrângere), alimentate de anumite stiluri de gândire și de comportament. Abilitatea noastră de a îndepărta rușinea ce însoțește depresia și procesele implicate în vindecare îl vor ajuta pe pacient să își spună povestea și să înceapă călătoria descoperirii direcționate, pentru a afla cauzele și căile de ieșire din depresie. Ne putem gândi la modul în care putem discuta cu pacientul nostru despre natura depresiei (de exemplu, ca fiind o formă de extenuare și de centrare pe amenințare) și să dezvoltăm relația terapeutică. În acest fel, suntem atenți la aceasta.

Trebuie să fim atenți la modul în care ne exprimăm și să încercăm să evităm concepte precum „eroare cognitivă", „deficiențe de

gândire", „gândire defectuoasă", „convingeri neadaptate", „gândire distorsionată" etc. Şi asta nu pentru că ar fi sau nu potrivite, ci pentru că acesta este un limbaj care poate induce sentimentul de ruşine. De aceea, ne putem focaliza mai mult pe înţelegerea predispoziţiilor în gândire, a gândirii de tipul „paza bună trece primejdia rea" şi a comportamentelor de siguranţă, toate putând să conducă la consecinţe neintenţionate. Nu faptul că vom deveni raţionali ne va face fericiţi, ci mai degrabă vom reuşi dacă vom gândi şi ne vom comporta în maniere care sunt resimţite ca utile, ne sprijină şi ne încurajează (raţiunea este doar un mijloc de a atinge acele scopuri). Fericirea constă în atingerea unor obiective evoluţioniste importante, în special a celor sociale.

Reducerea semnalelor negative

Clienţii depresivi au de multe ori anumite probleme de ordin extern, care intensifică fluxul de semnale negative ce vin către ei. În astfel de conjuncturi, persoanele depresive ar putea avea nevoie să se angajeze în rezolvarea acelor probleme, în loc să le evite, şi acest lucru este, cu siguranţă, esenţial în abordarea comportamentală (vezi capitolul 4). Planificarea activităţii poate fi o cale prin care persoanele depresive încep să se angajeze în soluţionarea câtorva probleme cu care se confruntă în viaţă şi a comportamentelor de evitare.

Detaşarea şi crearea unui spaţiu personal

Un aspect esenţial îl constituie măsura în care indivizii se simt prinşi în capcană sau încorsetaţi şi manifestă o puternică dorinţă de a scăpa (capitolul 3). Unii pacienţi se simt copleşiţi de responsabilităţi şi cerinţe; alţii pot fi supuşi unor niveluri ridicate de critică sau chiar abuz dacă încearcă să îşi schimbe felul de a fi. Unii indivizi sunt pur şi simplu incapabili să primească suficient

ajutor încât să își acorde o scurtă pauză în cadrul rolurilor de ființe pline de grijă pe care și le-au asumat față de alții. Din când în când, consilierea se va centra pe încercarea de a ajuta pacienții să se detașeze sau cel puțin să-și creeze un spațiu al lor care să le ofere oportunități de odihnă. Aceasta poate consta deseori în asigurarea oportunității de a explora diverse dileme legate de aceste „pauze". Se manifestă în același timp o îngrijorare tot mai mare în privința ideii că stilurile de viață occidentală ne epuizează, că avem meserii prea solicitante și competitive și suntem forțați să ne asumăm roluri sociale istovitoare. În acest caz este esențial să explorăm modul în care o persoană depresivă ar putea să reducă semnalele negative din mediul ei, apelând la „spațiul personal". Ideea necesității odihnei, care îi permite organismului să se refacă după stres, este destul de demodată, dar, cu toate acestea, este importantă. De multe ori, lipsa oportunităților sau incapacitatea persoanei de a face acest lucru sau gândurile persistente și intruzive sunt de fapt adevărata problemă.

Umilința socială

Există dovezi solide în sprijinul ideii că instalarea și recidiva depresiei în cazul unor persoane au legătură cu critica din partea partenerului sau a familiei (Wearden *et al.*, 2000). De aceea, este important să explorăm în ce măsură oamenii sunt supuși criticii, umilinței sau formelor de hărțuire și, desigur, diverselor forme de intimidare fizică și abuz, deși trebuie remarcat că pacienților s-ar putea să le fie rușine să admită aceste lucruri în primă instanță. Nu numai că ni se induce rușinea și ne simțim intimidați în sânul familiei, dar, într-o tot mai mare măsură, ne dăm seama că acest lucru se întâmplă și la locul de muncă. Oamenii se pot simți prinși în capcana de a nu putea să renunțe la slujba lor pentru că au nevoie de bani. Uneori, ei rămân în continuare în situații/relații nesatisfăcătoare sau abuzive pentru că s-ar simți vinovați dacă ar renunța sau au convingerea negativă că acesta este cel mai

bun lucru pe care îl pot dobândi. Aşadar, putem explora diversele situaţii negative cărora le sunt supuşi oamenii şi ceea ce îi opreşte să meargă înainte sau să le părăsească. Acest lucru înseamnă iniţierea unei discuţii atente dedicate dilemelor, rezolvării problemelor, experimentelor comportamentale şi intervenţiilor centrate pe relaţie.

Asertivitate şi control

Când oamenii sunt deprimaţi, se pot angaja în forme inutile de evitare socială şi/sau se pot refugia în resentimente sumbre. Unele persoane pot fi foarte anxioase din punct de vedere social. În aceste cazuri, este important să abordăm problema anxietăţii lor sociale sau a furiei. Aşadar, uneori terapeutul poate ajuta pacienţii să *îşi limiteze* comportamentele de evitare. Deşi crearea spaţiului propriu, evadarea, alocarea unui răgaz pentru odihnă şi relaxarea pot fi importante, persoanele depresive ar putea să fie totuşi ajutate să exercite un control mai mare asupra situaţiilor. Dezvoltarea asertivităţii poate fi o intervenţie importantă în cazul unor persoane depresive, cu toate că pacienţii pot să aibă convingeri bazate pe teama de a nu fi plăcuţi sau de a fi părăsiţi, să le fie ruşine sau să le fie teamă că ceilalţi vor deveni mai agresivi.

Deprinderea de a exercita un control mai mare asupra evenimentelor şi situaţiilor negative ale vieţii poate fi de asemenea facilitată prin recurgerea la diverse abordări de rezolvare a problemelor, în care pacienţii învaţă să fragmenteze problemele cu care se confruntă pentru a nu se simţi copleşiţi. Amintiţi-vă că, atunci când sunt deprimaţi, oamenii ar putea să nu fie capabili să gândească limpede din cauza stării mentale generate de depresie. De aceea, mesajul-cheie este că, deşi uneori s-ar putea ca oamenii să aibă nevoie să se distanţeze faţă de situaţiile negative, în alte momente ei pot învăţa cum să se angajeze în confruntarea acestora şi să le facă faţă. Acesta este un aspect esenţial în abordările comportamentale (vezi capitolul 4).

Semnalele negative venite din interior

După cum am discutat, semnalele venite din interior pot acţiona asupra creierului, la fel ca cele venite din exterior. Gândirea negativă cu privire la propria persoană sau la viitorul propriu poate fi prin urmare dăunătoare recuperării după situaţiile stresante sau stările de hiperstimulare. În scopul reducerii semnalelor negative şi stimulării celor pozitive, putem să acordăm atenţie acestora şi să intervenim în modul de gândire negativă.

Paza bună trece primejdia rea

Când oamenii sunt deprimaţi, devin în acelaşi timp mai atenţi şi mai afectaţi de evenimente şi situaţii negative. Este important să staţi de vorbă cu pacienţii despre cât de uşor se activează predispoziţiile cognitive şi despre faptul că sunt legate de strategiile de siguranţă (Gilbert, 1998b). În mod esenţial, în situaţii de stres creierul are funcţia de a fi atent la semnale negative/ameninţări. Totodată, în situaţii de stres, trebuie să reacţionăm mai curând rapid decât logic – gândirea logică cere timp. Aşadar, predispoziţiile cognitive pot să apară atât din reactivarea unor amintiri legate de schema dezvoltată în prima perioadă a vieţii şi din emoţiile condiţionate, cât şi din cauza tendinţei fireşti a creierului de a presupune cel mai sumbru scenariu în situaţii stresante. Cu siguranţă, aceasta este o regulă generală şi sunt multe excepţii, dar eu cred că este util pentru persoanele care suferă de depresie să evite presupunerea că sunt „stupide" sau iraţionale. Toate acestea subliniază cât de important este să ţinem cont de felul în care funcţionează creierul şi este absolut evidentă importanţa *exerciţiilor* pentru a contracara aceste tendinţe. Aceasta este, desigur, în acelaşi timp, esenţa psihologiei budiste.

Gândirea negativă, ruşinea şi comparaţia socială

După cum am văzut, ruşinea şi sentimentul de inferioritate faţă de ceilalţi sunt aspecte majore în cazul multor depresii. Totuşi, să ne amintim că problemele legate de ruşine nu sunt uşor de scos la lumină şi s-ar putea să fiţi nevoit să dezvoltaţi relaţii terapeutice solide înainte să puteţi lucra în această zonă. O parte din ceea ce face eşecurile, piedicile şi dezamăgirile greu de suportat este faptul că acestea sunt legate de identitatea de sine şi de ameninţări exterioare (de exemplu, „dacă nu reuşesc, sunt un prost şi oamenii mă vor respinge sau mă vor privi cu dispreţ"). Un motto la care eu recurg de multe ori este : „Secretul succesului constă în abilitatea de a eşua" (Gilbert, 2000a). Ruşinea care se transformă în autoînvinuire poate avea efecte extrem de distructive asupra stării de spirit şi asupra fiziologiei oamenilor şi poate acţiona ca o hărţuire neîntreruptă.

Gândurile stăruitoare

Ştim că, atunci când oamenii sunt deprimaţi, au tendinţa să se gândească îndelung la greutăţile lor. Îşi surprind mintea revenind mereu asupra aspectelor negative. Acest lucru are un impact asupra stării lor sufleteşti şi, de asemenea, a stresului. Identificarea şi dezvoltarea modurilor de a reduce ruminaţia, odată cu activităţi precum conştientizarea atentă, distragerea atenţiei, activităţile centrate şi generarea unor gânduri alternative pline de compasiune spre care să se focalizeze atenţia pot fi extrem de utile.

Tolerarea afectelor

Uneori, oamenii devin depresivi pentru că nu sunt capabili să tolereze unele emoţii negative şi încearcă să le evite. Acest lucru este valabil în cazul furiei, anxietăţii, ruşinii şi vinovăţiei. Este foarte

important să ne ajutăm pacienţii să înveţe să facă faţă propriilor emoţii negative şi să le tolereze (Greenberg şi Watson, 2006).

Amintirile traumatizante

Dificultăţile întâmpinate în normalizarea afectului pot fi legate de amintiri traumatizante care nu au fost înfruntate. Persoanele care au trăit experienţe dureroase, cum ar fi un abuz, pot avea amintiri neprocesate, care ar trebui discutate. Modul de abordare a acestora poate fi similar cu cel dedicat amintirilor traumatizante şi, după cum am văzut, există tot mai multe mărturii care ne arată cum să facem acest lucru (Brewin, 2006; Clark şi Ehlers, 2004).

Conflicte frecvente

Multe persoane depresive au parte de o diversitate de conflicte, care sunt supărătoare şi stresante. Acestea pot fi conflicte de tipul apropiere-evitare, dileme de viaţă şi conflicte între emoţii şi gânduri. Ajutaţi-i pe pacienţi să le recunoască, evidenţiindu-le cu grijă, acceptându-le ca fiind (deseori) parte din viaţă. S-ar putea să fie nevoie de timp pentru a fi rezolvate.

Intensificarea semnalelor pozitive

Nu este important doar să reducem semnalele negative, ci în acelaşi timp trebuie să le intensificăm pe cele pozitive. Mulţi pacienţi depresivi îşi pierd abilitatea de a se bucura de anumite lucruri din viaţa lor, de a-şi crea obiective şi planuri de viaţă pozitive, de a stabili relaţii de susţinere sau de a se accepta pe sine. Astăzi se fac eforturi susţinute pentru a lega terapia de dezvoltarea unor obiective pozitive în viaţă şi dezvoltarea unui angajament pentru schimbare în urmărirea acestor obiective (Karwoski, Garratt

şi Ulardi, 2006; Riskin, 2006; Snyder şi Ingram, 2006). În cartea de faţă am susţinut că experienţele pozitive sunt legate de două tipuri diferite ale sistemului afectului. Dacă vă veţi aminti aceste două sisteme ale afectului, veţi reuşi să înţelegeţi mai clar aspectele „pozitive" pe care încercaţi să le atingeţi. Este important să nu fiţi excesiv de concentrat asupra realizării, întrucât astfel oamenii nu ar înţelege de fapt importanţa conştientizării atente, a compasiunii şi a seninătăţii. Fericirea nu înseamnă doar atingerea obiectivelor de fiecare dată.

Insuflarea speranței

Putem să insuflăm speranţă prin intermediul unei relaţii terapeutice deschise şi încurajatoare, care îi arată pacientului că îl ascultaţi, îi acordaţi timp pentru a-şi depăna povestea de viaţă şi că sunteţi familiarizat cu depresia. Prezentaţi ca normale unele dintre experienţele asociate depresiei – acestea putând fi legate, să spunem, de extenuare. Înlăturarea ruşinii şi discutarea ideilor de vinovăţie, defect sau slăbiciune asociate cu depresia pot fi utile, eliberatoare şi pot constitui o manieră de a insufla speranţă.

Obținerea susținerii

Este important pentru unele persoane depresive să îşi examineze mediul extern şi să se angajeze în demersul de a căuta susţinere socială. Unele persoane care suferă de depresie sunt izolate din punct de vedere social şi de aceea poate fi util să le punem în legătură cu grupuri de întrajutorare şi cu alte instituţii care să le ofere susţinere şi sprijin. De asemenea, este important să explorăm împreună cu pacienţii modul în care îşi pot îmbunătăţi comportamentul aducător de satisfacţii din punct de vedere social (vezi Martell *et al.*, 2001; McCullough, 2000; Milne, 1999). Acest lucru se poate realiza prin planificarea unor activităţi pozitive. Nu ar trebui să subestimăm rolul anturajelor pozitive, agreabile în

cazul unor pacienți depresivi. Verificați dacă nu cumva există alte persoane care s-ar putea simți amenințate de faptul că pacientul se angajează în activități agreabile, cum ar fi ieșirile în oraș cu prietenii (de exemplu, cazul partenerilor geloși).

Gestionarea timpului

Obiectivele pozitive pot fi pe termen scurt și pe termen lung. Obiectivele pe termen scurt sunt acele lucruri pe care un individ speră să le obțină în câteva zile sau poate săptămâni. Obiectivele pe termen lung își propun (într-un mod potrivit sau realist) să creeze sau să dezvolte o cale care să ducă la genul de viață și genul de identitate de sine pe care și le-ar dori o persoană. În ce direcție ar putea să depună eforturi și în ce s-ar putea angaja în mod realist o persoană, chiar dacă ar putea fi dificil la început? Dacă unul dintre aspecte ar fi încrederea, atunci acesta trebuie să fie abordat în terapie, iar consilierul va avea grijă să îl inspire pe pacient și să valideze eforturile acestuia.

Dezvoltarea compasiunii față de sine

După cum am arătat pe parcursul acestei cărți, să tratezi depresia nu înseamnă doar să combați un comportament de evitare și un mod de gândire negativ. Înseamnă în același timp să intensifici un mod de gândire plin de compasiune și căldură interioară. Când persoanele depresive dezvoltă gânduri autocritice, aceste gânduri sunt deseori emise într-un mod furios, agresiv, disprețuitor, puternic și ostil. Chiar și generarea unor gânduri alternative ar putea să nu fie făcută într-o manieră caldă. Prin urmare, este important să descoperim modalități care să contracareze ostilitatea interioară și să genereze totodată sentimente de acceptare pline de compasiune și căldură interioară (vezi capitolul 11).

Ideea este că pacientul învaţă să devină empatic, să îşi valideze propria suferinţă şi să genereze alternative faţă de gândurile şi sentimentele negative, exersând generarea unei voci interioare calde. Nu este vorba despre dragostea de sine ca atare ; s-ar putea să fie multe lucruri care nu ne plac neapărat în ceea ce ne priveşte, ci este vorba despre o acceptare de sine plină de compasiune. Mai este totodată vorba despre încercarea de a ajuta pacienţii să genereze semnale interne care au un potenţial puternic din punct de vedere biologic. Totuşi, reţineţi că unele persoane care suferă de depresie pot fi la început temătoare şi ezitante faţă de compasiunea de sine.

Autorecompensarea

Persoanele depresive au avut de multe ori un trecut în care comportamente lor negative au fost pedepsite, în timp ce comportamentele pozitive le-au fost ignorate. Chiar şi eforturile lor de a deveni mai bune pot fi uneori criticate de cei care au interese ascunse de a menţine acele persoane într-o poziţie subordonată. Este, prin urmare, important să începem să instituim strategii de autorecompensare şi validare de sine pentru persoanele depresive. Acest lucru înseamnă să le arătăm cum să se bucure de micile realizări din viaţa de zi cu zi, să se focalizeze pe ceea ce au făcut şi pe ce pot face, şi nu pe ceea ce nu pot. Practica autorecompensării se poate referi la orice, începând cu mici laude pe care şi le acordă singuri sau cu un zâmbet şi până la o recompensă concretă, de exemplu, să îşi cumpere singuri un mic cadou, un articol de îmbrăcăminte sau orice altceva care are valoare de răsplată. Atât dezvoltarea căldurii interioare, cât şi bucuria (conştientizată) generată de lucrurile mărunte pot ajuta la crearea unui sentiment de mulţumire.

Încheierea terapiei

Pentru cele mai multe dintre depresiile uşoare, până la cele moderate, terapia va fi limitată ca durată şi le va asigura pacienţilor aptitudini de viaţă care îi vor ajuta să facă faţă în continuare diverselor forme de stres din existenţa lor. Cu toate acestea, în cazurile mai severe şi cronice, lucrurile durează mai mult. Unora dintre pacienţii mei eu le ofer în mod obişnuit posibilitatea de a avea acces la o „uşă mereu deschisă", în special dacă depresia recidivează sau devine cronică. Câteva şedinţe de control centrate pe aspectele-cheie, precum şi pe abilitatea de a „atinge esenţialul" pot fi extrem de utile în evitarea recidivei. Şi totuşi, există câteva principii generale de urmat când se ajunge la sfârşitul consilierii cu un pacient depresiv (Ward, 1989). Aceste puncte generale pot fi relevante nu numai spre sfârşitul etapei de încheiere, ci şi pe parcursul actului de consiliere.

O tristeţe firească

În orice relaţie în care a fost vorba despre împărtăşirea unor trăiri emoţionale, de sprijin şi încurajare, este posibil să manifestăm o oarecare tristeţe şi împotrivire faţă de momentul în care trebuie să ne luăm rămas-bun. Consilierul ar putea fi prima persoană alături de care pacientul a împărtăşit anumite aspecte din viaţa lui şi gânduri mai profunde. Aşadar, vom descrie acest lucru ca fiind normal.

Reactivarea amintirilor emoţionale

Când ne îndreptăm spre sfârşitul terapiei este posibil ca pacientul să simtă din nou teama de a fi părăsit sau de a trebui să facă faţă problemelor de unul singur. Aceste aspecte trebuie rezolvate nu în scopul de a prelungi consilierea, ci de a-i oferi pacientului noi

oportunităţi să lucreze cu afecte şi convingeri legate de plecare şi despărţire. Uneori accesul la „uşa deschisă" este important. De exemplu, una dintre pacientele mele depresive urmase în repetate rânduri sesiunile de terapie, dar nu avusese niciodată o stare de bine stabilă, astfel încât, atunci când episodul curent al depresiei trecea, am acceptat de comun acord că era liberă să vină să mă vadă din când în când. În decursul anilor, contactul cu aceasta a fost tot mai rar. Mai primesc câte o carte poştală de la ea ocazional. Din perspectiva ei, ideea că se putea întoarce oricând la terapie a jucat un rol important în prevenirea recidivei. Cu siguranţă, dovezile referitoare la o astfel de practică trebuie dezvoltate, dar în cazul depresiilor complexe, trebuie să evităm medicalizarea excesivă şi să vedem terapia ca pe un soi de „chirurgie". Scopul nostru ar trebui să fie să îi ajutăm pe oameni să se vindece şi să îşi păstreze starea de bine.

Procesul de încheiere a terapiei

Pregătirea despărţirii este un proces, nu o încetare bruscă a consilierii şi de aceea trebuie să fie discutată înainte de a avea loc efectiv. Finalizarea este un stadiu în cadrul unui proces şi este planificată (Egan, 2002; Hardy *et al.*, 2007). Sunt explorate gândurile şi sentimentele pacientului privitoare la „viaţă după încetarea terapiei". În cazul unor terapii pe termen scurt, finalizarea este un aspect discutat chiar de la început, odată cu negocierea numărului de şedinţe de către consilier.

Monitorizarea postterapie

Pentru mulţi pacienţi depresivi, ar putea fi potrivit să se distanţeze treptat şedinţele de consiliere, de exemplu, pornind de la întâlniri săptămânale, apoi bilunare şi lunare, ajungându-se la un interval de şase luni. Dacă pacienţii au probleme cronice sau au avut

episoade severe, este inadecvat să încheiem terapia fără acest proces gradat (McCullough, 2000). Unii pacienți depresivi prezintă îmbunătățiri bruște ale stării de sănătate, dar este posibil să urmeze o recidivă. Acest tip de adaptare gradată poate fi de ajutor pentru a evita o recidivă rapidă. În același timp, este în avantajul pacientului să evolueze de la o relație de lucru intensă la una mai puțin intensă. Pacienții vor beneficia de pe urma oportunității de a trece în revistă progresele înregistrate, într-un moment aflat la distanță de o perioadă intensă a depresiei. Frank, Kupfer și Perel (1989) au comparat tratamentul medicamentos și consilierea interpersonală în cazul depresiei și au ajuns la concluzia că, în general, consilierea interpersonală (doar o dată pe lună) este factorul care prognozează cel mai lung interval până la următoarea recidivă (altfel spus, pacienții care au beneficiat de acesta s-au simțit bine de-a lungul unor intervale mai mari de timp) (vezi și Klein, Santiago, Dina *et al.*, 2004).

Ședințele de control

Terapeutul poate negocia cu pacientul posibilitatea revenirii pentru ședințe de control. Se poate stabili dacă acestea vor avea loc în anumite situații sau dacă vor fi planificate după modelul monitorizării prezentat mai sus. Consilierul trebuie să fie conștient de manifestarea unor atitudini culturale legate de ideea de independență, care pot susține faptul că, odată terapia încheiată, pacientul nu trebuie să mai aibă vreodată nevoie de ajutor. Totuși, este bine să specificăm faptul că ședințele de control nu echivalează cu reînceperea terapiei și, în general, au loc doar o dată sau sunt reduse la număr. Cu siguranță, dacă un pacient suferă o recidivă majoră a depresiei, atunci reînceperea consilierii poate fi bine-venită, alături de luarea în considerare a altor posibilități de tratament.

Idealurile nerealiste

Un aspect pe care terapeutul trebuie să îl ia în calcul sunt idealurile nerealiste în legătură cu ceea ce ar putea/trebui să realizeze consilierea. Atât consilierii, cât şi pacienţii pot să aibă opinii explicabile, dar nerealiste despre ceea ce ar putea să obţină prin terapie. Chiar şi după finalizarea terapiei, viaţa multor persoane care au suferit de depresie poate să rămână dificilă. Astfel, după cum am remarcat mai devreme, terapeutul şi pacientul ar trebui să discute despre obiectivele urmărite şi aşteptările pe care le au faţă de demersul consilierii. De asemenea, pacienţii şi terapeuţii ar trebui să fie conştienţi că, într-un fel, acest proces nu se sfârşeşte niciodată. Automonitorizarea şi tratarea sinelui şi a celorlalţi cu respect şi compasiune sunt lucruri pe care pacientul va trebui să le practice fără încetare. Soţia mea este de părere că aş putea fi în continuare „un bătrân morocănos", ceea ce înseamnă că mai am nevoie să exersez.

Întrebări legate de încheierea terapiei

Există unele întrebări evidente legate de sfârşitul terapiei. Acestea se referă la următoarele aspecte:

- Pacientul se simte mai bine?
- Şi-a schimbat pacientul stilurile de gândire şi de relaționare?
- S-a îmbunătățit percepția de sine a pacientului?
- Poate pacientul să facă față mai bine evenimentelor majore din viață? (Egan, 2002; Ward, 1989).

Unele persoane renunţă mai devreme la terapie deoarece se simt mai bine după câteva şedinţe (Stiles, Leach şi Barkham, 2003). Pentru unii, încetarea tratamentului este un alt tip de evitare sau de trăire a sentimentului că terapia nu îi poate ajuta. Cu toate acestea, persoanele depresive ar putea renunţa la terapie din cauza unor presiuni externe (de exemplu, familia se împotriveşte ideii

ca pacientul să urmeze tratamentul sau există unele constrângeri financiare sau legate de lipsa timpului ori trebuie să se ocupe de copii). Mai poate fi vorba despre aspecte care ţin de prestarea serviciilor, întrucât importanţa pe care o ocupă aspectul financiar exercită presiune asupra clinicienilor, făcându-i să finalizeze cât mai repede terapia. Chiar şi în cazul spitalizărilor au existat numeroase cazuri tulburătoare în care pacienţii au fost externaţi mai devreme decât era preconizat. Este dificil de menţinut echilibrul. Aceste aspecte trebuie abordate deschis şi trebuie negociate modalităţile prin care pot fi rezolvate.

Finalizarea prematură a consilierii se întâmplă de obicei atunci când pacientul, fără să anunţe în prealabil, nu mai vine la următoarea şedinţă, deşi fuseseră stabilite întâlniri ulterioare. În mod obişnuit eu încerc să contactez pacientul şi să aflu care sunt motivele pentru care nu a mai venit la şedinţele de consiliere – evident, nu într-un mod acuzator, ci încercând să explorez împreună cu acesta care ar fi impedimentele posibile în continuarea terapiei. Dacă pacientul este foarte deprimat, are o problemă serioasă cu alcoolul sau prezintă un risc de suicid, atunci trebuie contactate autorităţile competente (cum ar fi, în unele cazuri, medicul generalist). De câte ori este posibil, las la latitudinea pacienţilor opţiunea de a veni la şedinţe, dar, în acelaşi timp, le respect dorinţa. Subliniez fără echivoc faptul că mi-ar *plăcea* ca ei să revină. Numeroşi pacienţi au specificat că o astfel de atitudine i-a ajutat, pentru că nimeni nu mai fusese atât de atent cu ei până atunci. O chestiune interesantă este modul în care terapeutul reuşeşte să îi determine pe pacienţi să vină de bunăvoie şi din proprie iniţiativă, în acelaşi timp nefiind prea detaşat, astfel încât aceştia să nu simtă că ar fi indiferent dacă ar veni sau nu la şedinţe. Consilierul trebuie să atingă un echilibru între a fi, pe de o parte, atent la conflictele din sinea pacientului privitoare la frecventarea şedinţelor şi, pe de altă parte, a nu fi coercitiv. Astfel, deşi nu e valabil pentru fiecare caz, părerea mea este că poate fi util să contactăm pacienţii. Totuşi, raţiunea acestui demers poate fi diferită într-un sistem de sănătate gratuit, cum este British National

Health Service, faţă de un serviciu privat, pentru care oamenii trebuie să plătească. Uneori, cauza pentru care pacienţii nu mai vin la şedinţe este ruşinea. La telefon, pacientul poate exprima gânduri cum ar fi : a) „Am avut o săptămână cumplită şi am crezut că te-ai săturat să mă tot asculţi" ; b) „Pur şi simplu nu puteam să mai dau ochii cu tine după ceea ce am discutat împreună săptămâna trecută" ; c) „Am fost prea deprimat pentru a mă ridica din pat şi îmi era prea ruşine să te sun" ; d) „Am vrut să mă simt mai bine înainte de a reveni la terapie". S-ar putea, de asemenea, ca pacienţilor să le fie mai uşor să spună mai multe lucruri negative despre voi sau despre terapie la telefon, aşadar aveţi grijă să validaţi aceste temeri şi să le analizaţi.

Şi acum, încotro?

Încet-încet ne îndepărtăm de şcolile de psihoterapie (deşi sunt încă desfăşurate experienţe clinice pentru a strânge dovezi în sprijinul diferitelor şcoli/abordări) pentru a ne spori preocuparea faţă de procesele psihoterapeutice. Pe măsură ce evaluările noastre devin tot mai bune, vom fi capabili să realizăm terapii mai bine centrate pe probleme specifice. Practica în domeniul anxietăţii şi sindromului de stres posttraumatic (Clark şi Ehlers, 2004) demonstrează avantajele acestei abordări centrate. Cât despre operarea cu o imagistică complexă, cu diferite sisteme de memorie sau sisteme de procesare a afectului, probabil că este dificil să le adaptăm pe toate unui model şi ar fi mai bine să ne gândim la acestea ca la nişte intervenţii psihologice centrate, bazate pe dovezi. Acelaşi lucru se întâmplă şi în cazul depresiei. Din ce în ce mai mult, clinicienii susţin că, cel puţin în cazul depresiilor mai complexe, terapeutul nu poate fi „un jucător de golf cu o singură crosă" (Karasu, 1990).

Alte evoluţii spectaculoase au legătură cu o mai bună integrare a proceselor psihologice şi fiziologice în depresie. Acest lucru ne ajută să ne centrăm terapiile psihologice în mod mai eficient pentru

a stimula şi activa diferite tipuri de sisteme de procesare (Linden, 2006). Astăzi există suficiente dovezi că terapiile psihologice au efecte fiziologice (Cozolino, 2002). De aceea, în cartea de faţă, integrarea s-a centrat pe „implicarea cunoştinţelor noastre biopsihosociale" privitoare la procesele legate de depresie şi centrarea pe intervenţii bazate pe dovezi.

Pregătirea şi supervizarea

Aptitudinile şi abilităţile consilierului de a forma relaţii terapeutice solide sunt factori care au o strânsă legătură cu rezultatul final. Astfel, este important să avem acces la oportunităţi adecvate de pregătire. Totuşi, având în vedere răspândirea alarmantă a cazurilor de depresie uşoară până la moderată în comunităţile contemporane, diferite grupări profesionale dezvoltă la ora actuală aptitudini elementare în domeniul abordării cognitiv-comportamentale. Este vorba şi despre persoane care nu au o pregătire directă în domeniul psihopatologiei. Deocamdată, aceste abordări sunt încă în stadiu de cercetare şi rămâne de văzut care sunt avantajele lor pe termen lung. Când este vorba despre forme de depresie mai complexe, cronice sau recidivante, consilierul va trebui să aibă mai multă experienţă în ceea ce priveşte atât tulburarea în sine, cât şi complexitatea tratamentului acesteia. De aceea, terapeuţii care lucrează cu pacienţi care suferă de depresie ar trebui să fie familiarizaţi cu diferitele teorii în privinţa depresiei (Beckham şi Leber, 1995; Gotlib şi Hammen, 2002; Power, 2004).

Importanţa înţelegerii modului în care trebuie folosită o intervenţie centrată „corect" din punct de vedere tehnic este în mod evident cheia succesului. Acest lucru va necesita supervizarea în practica terapiei. Mai mult, s-a observat că abilitatea de a integra aceste elemente tehnice în cadrul unui proces terapeutic care angajează persoana depresivă este o aptitudine (vezi capitolul 7). Rolul consilierii personale în ceea ce îl priveşte pe consilier este unul complex, însă mulţi sunt de părere că un anumit tip de

experienţă personală ar putea fi util în atingerea acestui proces (Bennett-Levy şi Twaites, 2007; Dryden, 1991).

Ar trebui să fim atenţi la unele dintre propriile noastre convingeri care ar putea îngreuna consilierea, riscând să devină astfel o sursă de sentimente negative. Unele convingeri des întâlnite, care nu sunt de nici un folos, sunt următoarele:

Convingeri legate de tehnică:

1. Dacă un pacient nu se simte mai bine, tehnica mea nu este cea potrivită.
2. Pentru a ajuta pacienţii să se simtă mai bine, trebuie să aplic rapid diverse tehnici.
3. Nu stăpânesc suficient de bine tehnicile, aşadar nu îmi pot ajuta pacienţii.
4. Se pare că nu ştiu ce se întâmplă cu acest pacient, prin urmare consilierea nu poate da rezultate.
5. Trebuie să pot ajuta această persoană (sau pe toţi pacienţii) pentru ca în acest fel să mă pot considera un bun consilier sau chiar un om bun.
6. Dacă nu pot ajuta oamenii, înseamnă că nu sunt un om bun.
7. Nu trebuie să fiu niciodată anxios sau furios în prezenţa unui pacient (să simt că îmi creşte pulsul etc.).
8. Trebuie să îmi placă pacienţii pe care îi am.
9. Nu trebuie niciodată să fiu mişcat până la lacrimi de cazul vreunui pacient.
10. Nu trebuie să îi arăt niciodată unui pacient că sunt derutat şi să îi cer să exprime mai multă claritate (trebuie să îmi ascund gândurile). În ceea ce îl priveşte pe consilier, ruşinea este o problemă insuficient recunoscută, în opinia mea (Pope *et al.*, 2006).
11. Trebuie să provoc permanent gândurile „iraţionale" ale pacienţilor.

Convingeri despre pacient:

1. Nu este suficient să manifeşti empatie şi să fii alături de pacient; trebuie de asemenea să munceşti.
2. Dacă pacientul nu înţelege tehnicile (sau nu lucrează în cadrul acestora), nu se va vindeca.
3. Dacă pacienţii nu pot să îşi exprime gândurile, nu se vor simţi mai bine.

4. Dacă pacienţii nu se schimbă rapid, nu se vor schimba deloc.
5. Acestui pacient îi place să fie deprimat.
6. Acest client nu este motivat să se facă bine.
7. Persoanele care suferă de depresie sunt de fapt persoane slabe.
8. Nu aş putea deveni niciodată eu însumi atât de depresiv.
9. Acest pacient încearcă să mă manipuleze.

Şi, în sfârşit, „dacă aş avea vreuna dintre convingerile de mai sus, aş fi un om rău. Nu ar trebui să am astfel de convingeri – aşa scrie în carte". Sincer vorbind, fiecare dintre noi are uneori gânduri automate de acest gen. Dar, dacă putem rămâne deschişi, controlând incidenţa acestor idei, conştientizându-le şi discutând despre ele cu un coleg în loc să le ignorăm, atunci putem să ne ajutăm mai bine atât pe noi înşine, cât şi pe pacienţii noştri. În esenţă, totul se rezumă la atenţia pe care o acordăm contratransferului (Pope *et al.*, 2006; Katzow şi Safran, 2007; Watkins, 1989b).

Există multe alte convingeri pe care un terapeut le-ar putea avea în consiliere şi putem face un punct de interes din încercarea de a le identifica, în loc să reprezinte un motiv de teamă. Cât de multe gânduri negative aţi avut pe parcursul desfăşurării şedinţelor de consiliere astăzi? Dacă manifestăm compasiune şi onestitate faţă de propria persoană şi nu ne propunem să fim mereu terapeutul exclusiv amabil, cu gânduri exclusiv pure, atunci am putea deveni mai puţin anxioşi sau demoralizaţi în prezenţa pacienţilor care suferă de depresie.

Pentru a fi performant şi pentru a rămâne astfel, este nevoie să manifestăm deschidere pentru a învăţa, citind, studiind, participând la cursuri de perfecţionare, acceptând supervizarea şi discuţiile cu alţi terapeuţi (Dryden, 1991). Terapeutul şi consilierul rămân deschişi şi înţeleg că în permanenţă există ceva nou de învăţat, că însăşi consilierea este un proces şi, dacă uneori constatăm că suntem blocaţi sau pierduţi ori facem greşeli, putem considera toate acestea nişte provocări, fără a ne autoînvinui. Nu vă aduceţi niciodată propriile evaluări de sine în cadrul consilierii, pentru că acest lucru ar putea duce la abordarea unei atitudini

defensive şi la ideea că pacientul ar trebui vindecat doar pentru a vă dovedi cât de bun sunteţi. Skovholt şi Rønnestad (1992) au publicat un studiu fascinant despre modul în care terapeuţii se schimbă odată cu trecerea timpului. Faptul că devii mai puţin preocupat de nevoia de a schimba „clientul" este un aspect major al dezvoltării profesionale. În cazul unora dintre pacienţi, este dificil să îi ajutăm să se schimbe, în ciuda celor mai bine intenţionate eforturi ale noastre. Nu veţi putea să ajutaţi fiecare persoană care vă trece pragul. Unii vor avea nevoie de tipuri diferite de intervenţie, alţii, cu probleme cronice, vor fi adevărate teste de încercare pentru orice terapie, de orice fel.

Reflecţii personale

Propria mea abordare în ceea ce priveşte terapia reflectă perspectiva mea evoluţionistă, conform căreia oamenii sunt fiinţe care au evoluat în acest univers vast. Originile pasiunilor, impulsurilor, cruzimii, anxietăţilor şi depresiilor noastre sunt adânc înrădăcinate de-a lungul drumului anevoios pe care l-am parcurs până aici. Nu este o afirmaţie pe placul oricui, dar părerea mea este că avem cu adevărat nevoie să ne amintim câteva dintre implicaţiile politice generate de dezrădăcinarea fiinţei umane din fundamentul ei emoţional şi social. Nu putem să privim mintea umană doar ca pe un amalgam de gânduri şi convingeri sofisticate. Cu toate că ar putea fi convenabil din perspectivă politică să susţinem că o ajustare aici, o alta dincolo a stilurilor de gândire ale oamenilor le-ar vindeca depresia, lucrurile nu stau chiar aşa. O mare parte din ceea ce înseamnă depresia este legată de modul în care oamenii fac faţă sărăciei, izolării sociale şi grijii insuficiente din prima perioadă a vieţii. În acelaşi timp, terapiile pe care le elaborăm ar trebui să reflecte aceste realităţi, de unde şi interesul meu personal pentru abordările biopsihosociale ale terapiei.

Cu toate că unii terapeuţi cu o perspectivă politică asupra terapiei pot să o considere un fel de leucoplast care maschează

nedreptățile sociale majore, trebuie să fim precauți în această privință. Unii, de exemplu, care au îmbrățișat perspectiva politică au semănat discordie în domeniul terapiei. În opinia mea, este ca și cum i-ai spune unui om care tocmai a suferit un infarct: „Îmi pare rău, nu putem să îți acordăm ajutorul necesar pentru că ești victima unei întregi industrii alimentare și a tutunului". Problema nu ține atât de mult de asigurarea unor terapii individuale pentru persoanele suferinde, cât de chestiunea prevenirii. În această privință, o dată în plus, teoriile noastre au o importanță covârșitoare. Dacă adoptăm o perspectivă biopsihosocială, care înțelege că rolul-cheie îl deține conectivitatea socială și compasiunea din relațiile noastre, acest lucru va avea un impact asupra strategiilor profilactice pe care am putea încerca să le dezvoltăm.

Concluzie

Cartea de față a prezentat o perspectivă specială asupra depresiei în relație cu activarea unor strategii primitive de protecție. Aceste strategii implică slăbirea a două tipuri de afect pozitiv și intensificarea afectului negativ. Aceste strategii de protecție pot fi intens sensibilizate ca rezultat al unor traume din copilărie. Atunci când sunt activate, ele atrag gândirea și sentimentele noastre în anumite direcții, iar diferite amintiri cu încărcătură emoțională și patternuri ale stărilor mentale își pot propaga efectul asupra creierului. Într-un anumit sens, starea de depresie înseamnă să fii prins într-un cadru arhetipal și comun condiției noastre umane, să simți că se petrece o schimbare în propria ta minte și, uneori, să te simți „bolnav". Terapeuții care pot să empatizeze cu această experiență și, treptat, să țină aprinsă flacăra speranței prin cunoștințele pe care le dețin cu privire la schimbarea comportamentală, intervențiile cognitive și prelucrarea emoțională, au toate șansele să fie extrem de eficienți. Abordările centrate pe compasiune pot să ajute la punerea în practică a acestui demers. Amintiți-vă mereu că, pentru

unele persoane care suferă de depresie, perceperea compasiunii de care este capabil terapeutul poate reactiva mecanismele de liniştire şi ataşament. Acest lucru poate să declanşeze amintiri emoţionale legate de neglijare, singurătate, teamă şi/sau furie, care pot fi copleşitoare şi derutante (vezi pp. 482-486 din această carte). Aşadar, sfatul meu este să abordaţi toate acestea în mod deschis, pas cu pas, şi să luaţi în considerare sfaturile venite din partea acelora care lucrează cu traume din prima perioadă a vieţii. Vă urez succes şi daţi ascultare inimii voastre pline de compasiune.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 1

Formularea şi conceptualizarea cazului

Există multe modalităţi de a dezvolta o formulare, depinzând de modelul de lucru pe care consilierul îl adoptă şi de funcţiile şi scopul formulării. Formulările standard în TCC sunt diferite faţă de cele ale activării comportamentale sau ale celor specifice terapiei comportamental-dialectice, care sunt total diferite de cele psihodinamice. Totuşi, ceea ce au în comun terapeuţii care se focalizează pe anumite concepte este că ei încearcă să dezvolte împreună cu pacienţii rezumate care sunt prezentate în scris. Formularea ar trebui să înceapă prin centrarea pe anumite probleme specifice şi, treptat, să avanseze până la o formulare mai generoasă, care să includă *background*-ul, modul în care acesta a influenţat sentimentele, convingerile şi comportamentele persoanei respective, dificultăţile şi simptomele curente care să ghideze planul de tratament şi focalizarea atenţiei. Formularea urmează să ajute persoana depresivă să îşi înţeleagă depresia şi să devină astfel o sursă de reflecţie şi intervenţie. În ultima vreme, consilierii şi terapeuţii adresează tot mai des scrisori pacienţilor lor. Anumite aspecte din conţinutul acestora pot constitui parte din scrisorile medicale. Acum, în cadrul NHS, clinicienii sunt sfătuiţi să copieze scrisorile medicale pentru pacienţii lor.

Formularea 1 oferă un model de formulare standard destul de simplu. Formularea 2 oferă un model care este centrat mai mult pe abordarea strategiilor de siguranţă. Acestea nu se exclud reciproc. Rezumate, evaluări şi tipuri de formulări diverse pot fi folosite în diferite etape ale terapiei.

BCU IASI MEDICAL UNIVERSITY LIBRARY

Formularea de caz 1. *Formularea cu centrare cognitivă* (vezi p. 424)

Date aparţinând primei perioade din viaţa pacientului (relaţii importante, experienţe, evenimente şi semnificaţii atribuite acestora)

Percepţia de sine *Percepţia celorlalţi*

Reguli de viaţă care induc depresia şi convingeri esenţiale

Comportamente sociale cheie
(care pot să menţină depresia şi/sau să intensifice vulnerabilitatea)

Evenimente actuale din existenţa
sa şi factori declanşatori

Gânduri şi stiluri de gândire automate tipic depresive

Simptome actuale

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Formularea de caz 2. *Formularea strategiilor de ameninţare/ siguranţă* (vezi p. 427)

Influenţe din trecut	*Temeri fundamentale*	*Comportamente de siguranţă/ defensive*	*Consecinţe nedorite*

(Amintiri emoţionale)
Percepţia de sine.... Percepţia celorlalţi....

Raportarea sine-faţă-de-sine

Indicatori

Încercaţi să începeţi într-un mod firesc şi simplu. Concentraţi-vă pe împărtăşire şi înţelegere; încurajaţi persoana depresivă să reflecteze şi să dezvolte propria formulare. O parte din focalizare o reprezintă înţelegerea dificultăţilor pe care le întâmpinăm ca nefiind „din vina noastră".

Evitaţi expresii cum ar fi „*distorsionare* cognitivă" sau „schemă *ne*adaptată", întrucât acestea pot să inducă ruşinea pacienţilor predispuşi către acest sentiment.

Concentraţi-vă pe faptul că „sistemul dumneavoastră defensiv a încercat să vă menţină în siguranţă; paza bună trece primejdia rea" etc. Strategiile de apărare şi siguranţă ale unei persoane reprezintă eforturi naturale de adaptare la provocări şi ameninţări, însă cu neajunsuri/consecinţe neintenţionate (de exemplu, cunoaştere limitată, incapacitatea de a infirma convingerile fundamentale legate de ameninţare, puţine oportunităţi de explorare).

Întrebări-cheie

Care crezi că sunt experienţele-cheie din trecutul tău care au jucat un rol în declanşarea depresiei? Ce temeri şi îngrijorări majore crezi că au declanşat acestea în cazul tău? (Nu uitaţi să exploraţi temerile externe şi cele interne.) Privind în urmă, cum crezi că a încercat mintea ta să te protejeze? (Din nou, gândiţi-vă la protejarea sinelui de ameninţări *externe*, cum ar fi respingerea, şi totodată de ameninţări *interne*, cum ar fi sentimentele copleşitoare).

Înţelegeţi că unele persoane ar putea să se închidă în sine şi nu pot fi capabile să reflecteze la experienţe sau amintiri dureroase; pur şi simplu acestea sunt incapabile sau nu doresc să „meargă în acea direcţie". Învăţaţi persoanele depresive să fie empatice faţă de strategiile lor de siguranţă, şi să le înţeleagă ca rezultate ale unor „eforturi intense" de a se adapta. Care au fost consecinţele (dezavantajele) nedorite ale acestor strategii de siguranţă? Ce crezi despre tine însuţi când te confrunţi cu aceste consecinţe nedorite?

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 2

Planificarea comportamentală

Faptul că ajutăm pacienţii să lucreze în mod direct pentru a-şi schimba comportamentul poate fi un mod foarte util de angajare şi de începere a procesului de reactivare în cazul depresiei. Este important să discutaţi cu pacienţii dumneavoastră care este esenţa acestui aspect (vezi pp. 143-144) De exemplu, atunci când suntem deprimaţi, starea de depresie se referă parţial la modului în care funcţiile creierului nostru sunt afectate. Depresia poate slăbi motivaţia şi poate face dificilă concentrarea şi gândirea logică. De mare ajutor este să aşternem pe hârtie şi să planificăm activităţile pas cu pas. Este ca şi când ne-am ajuta de un baston pentru a merge atunci când ne-am rupt piciorul, până când ne vom vindeca. Dacă suntem în stare să respectăm planul, ne va fi de mare ajutor.

Un alt mod în care poate fi folosită planificarea activităţii este stabilirea de comun acord a unor activităţi utile ce trebuie desfăşurate în răgazul dintre şedinţe. Deoarece persoanele depresive au tendinţa să amâne lucrurile, este important să se stabilească ziua şi momentul unei activităţi. Pacientul poate astfel să bifeze activitatea după ce a îndeplinit-o.

Un alt mod în care poate fi folosită planificarea activităţii este concentrarea asupra unor tipuri specifice de activitate. De exemplu, aţi putea spune: „Am putea să vedem dacă vei reuşi să înregistrezi cât de mult ai fost capabil să exersezi (de exemplu) o dispoziţie plină de compasiune, sau să mergi la sala de sport, sau să îţi petreci timpul desfăşurând o activitate plăcută?".

Aşadar, programarea comportamentală şi aceste tipuri de forme pot fi folosite în diverse modalităţi. Încă o dată, este important să fie înţelese principiile pe care se bazează ceea ce încercaţi să realizaţi şi să adaptaţi formele nevoilor pacienţilor dumneavoastră – ceea ce serveşte cel mai bine intereselor oamenilor.

Programarea activității

Monitorizarea activității	*Dimineața*	*După-amiaza*	*Seara*
Luni			
Marți			
Miercuri			
Joi			
Vineri			
Sâmbătă			
Duminică			

Ideea de a planifica activitatea vine în sprijinul concentrării atenției mai degrabă pe intensificarea activităților decât pe evitare sau retragerea în sine. Când devenim depresivi, este foarte simplu să ne blocăm. Așadar, să vedem ce se întâmplă dacă ne propunem să planificăm în avans unele lucruri (de exemplu, să întocmim un plan pentru ziua respectivă și să vedem dacă va fi respectat).

Nu uitați, dacă lucrurile nu merg așa cum v-ați fi dorit, încercați să fiți plini de compasiune și înțelegere, în loc să fiți critic. Concentrați-vă pe ceea ce ați încercat să faceți. Când ați întreprins ceva, reflectați asupra gradului în care vă face plăcere că ați fost capabil să faceți acel lucru. Dacă era vorba de un lucru despre care se presupunea că trebuie să vă facă plăcere, încercați să vedeți dacă a fost în vreun fel agreabil, indiferent cât de puțin. Doar învățând să ne concentrăm asupra acestor aspecte putem ajunge să trezim din nou sentimentele noastre pozitive.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 3

Abordarea terapeutică a modurilor de gândire

(Astfel de fişe informative pot fi înmânate pacienților)

Stiluri de gândire tipic depresive

Când devin deprimaţi, oamenii au tendinţa să se perceapă în moduri negative. Consideră că sunt nişte rataţi, inferiori sau inutili, că relaţiile lor sunt nesatisfăcătoare, iar viitorul este sumbru. Aceste gânduri şi convingeri sunt adesea menţinute de schimbările de dispoziţie şi amintirile cu încărcătură emoţională, toate generând o spirală care duce până la depresie. Atunci când suntem deprimaţi, nu vedem decât partea neagră a lucrurilor şi este posibil să supraestimăm posibilele pericole şi piedici. Aceasta deoarece depresia are legătură cu sentimentele de pierdere şi de ameninţare din exterior. Ţine de natura depresiei să ne atragă gândirea spre iminenţa ameninţărilor şi pierderilor. Nu este vina nimănui, însă este bine să remarcăm faptul că depresia ne face să gândim în anumite moduri. În continuare prezentăm câteva dintre stilurile de gândire specifice depresiei.

Concluziile pripite

Când suntem deprimaţi, avem tendinţa să tragem concluzii pripite, în special negative. De exemplu, un prieten este nervos, iar eu aş putea trage concluzia că de fapt nu mă place. Vânzătorul îmi dă greşit restul, iar eu trag concluzia că mă ia drept „fraier", în loc să mă gândesc că a făcut pur şi simplu o greşeală.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Raționamentul emoțional

Raţionamentul emoţional este strâns legat de concluziile pripite. El are loc când ne bazăm pe reacţii instinctuale: este prima noastră reacţie emoţională. Aşadar, dacă avem „senzaţia" că cineva nu ne place, presupunem că acesta este adevărul în loc să verificăm dacă există vreo dovadă în acest sens. Faptul că acţionăm în sens contrar, fie că este vorba despre concluziile pripite, fie despre raţionamentul emoţional, este util pentru exersarea generării gândurilor alternative. Din păcate, având în vedere modul în care funcţionează creierul nostru, nu putem presupune că emoţiile ne-au furnizat neapărat o perspectivă corectă asupra lumii sau că ne ghidează spre comportamente folositoare.

Desconsiderarea gândurilor pozitive

Când devenim deprimaţi, este foarte uşor să ne desconsiderăm propriile gânduri pozitive. Nu mai suntem capabili să ne concentrăm asupra lucrurilor pe care le facem sau le avem. În schimb, ne concentrăm asupra acelor lucruri pe care nu le putem face sau nu le avem. Desconsiderarea gândurilor pozitive are deseori legătură cu dezamăgirea de a nu fi capabili să realizăm ceea ce ne-am propus. Când persoanele care suferă de depresie reuşesc să realizeze anumite lucruri, ele au tendinţa să le desconsidere prin ideea că „oricine ar putea face asta" sau „altădată, când nu eram deprimat, puteam să fac mult mai mult decât acum". Cu toate acestea, reţineţi că depăşirea depresiei este un proces ce se derulează pas cu pas, însă dacă vom continua să ne desconsiderăm gândurile pozitive, ar putea fi dificil să urcăm pe următoarea treaptă a scării.

Lipsa de încredere în ceilalți

Când devenim deprimaţi, este firesc să ne imaginăm că alţii sunt drăguţi cu noi doar pentru că vor să pară amabili. Uneori, persoanele depresive îşi închipuie că oamenii deţin un set de gânduri pe care şi le exprimă în exterior şi un set de gânduri pe care le păstrează pentru sine. Cu siguranţă ar putea să fie adevărat de multe ori. Totuşi, persoanele depresive şi cele care suferă de anxietate socială se tem că gândurile personale ale celorlalţi faţă de ei sunt extrem de negative. De aceea este important să explorăm acest aspect şi să nu considerăm neapărat că aceste idei negative sunt fondate.

Gândirea în alb şi negru

Când devenim deprimaţi, nu ne mai este atât de uşor să ne gândim la viaţă în moduri complexe. Aceasta are de-a face parţial cu faptul că stresul interferează cu modul nostru de gândire logică, de tip pas cu pas. Prin urmare, putem ajunge să gândim doar în alb şi negru: ori avem succes, ori suntem nişte rataţi; ori avem o relaţie perfectă, ori este un eşec absolut. Este important să ne reamintim că cele mai multe lucruri în viaţă au câte puţin din toate; când bune, când mai puţin bune, dar nu sunt niciodată de un singur fel. Când devenim depresivi, putem să uităm acest lucru. Deci încercaţi să gândiţi în nuanţe felul în care se prezintă lucrurile: câte puţin de aici, câte puţin de dincolo. Dacă vă gândiţi la relaţii, concentraţi-vă asupra acelor aspecte care vă plac şi a lucrurilor pe care le preferaţi, precum şi a lucrurilor care nu vă plac. Încercaţi să conceptualizaţi acest aspect ca pe un amestec complex de diferite lucruri, şi nu ca fiind toate ori bune, ori rele.

Autocritica

Este posibil să devenim depresivi deoarece suntem dezamăgiţi de felul în care au evoluat lucrurile, de exemplu, de felul în care arătăm sau de faptul că nu ne-am atins aspiraţiile ori relaţiile nu au mers atât de bine. Putem să ajungem destul de frustraţi. Această frustrare poate să se reflecte uneori asupra sinelui, ca şi cum am gândi: „Dacă aş fi fost diferit, aş fi arătat cu totul altfel sau m-aş fi comportat altfel – totul ar fi mers strună". De multe ori, autocritica generează emoţii negative, în special furie faţă de sine, şi acest lucru accentuează „stresul", care influenţează mecanismele care ne ajută să procesăm stresul. Iar acestea, la rândul lor, vor alimenta permanent depresia. De aceea este important să învăţăm să ne recunoaştem tendinţele către autocritică (dar în acelaşi timp este şi mai util să alegem să fim plini de compasiune faţă de noi înşine).

BCU IAŞI - BIBLIOTECA UNIVERSITARĂ

Anexa 4

Să reflectăm asupra unor aspecte utile în lucrul cu gândurile depresive

Când luăm în considerare alternativele la gândurile care favorizează depresia este important să ţinem seama de necesitatea de *a evita* să stricăm relaţia cu pacienţii sau să ajungem la dezbateri inutile. Aşadar, vom explora împreună cu pacientul modalităţile în care acesta ajunge să reflecteze asupra propriului mod de gândire şi să îşi pună întrebări în legătură cu acesta. Totul se rezumă de fiecare dată la colaborare şi explorarea acelor aspecte pe care el le consideră importante. Dacă veţi constata că sunteţi chiar dumneavoastră uşor frustrat deoarece pacientul nu „le percepe aşa cum aţi dori dumneavoastră să le perceapă", înseamnă că aţi abandonat un mod de lucru fundamentat pe colaborare. Prezentăm în continuare câteva indicii:

Pasul 1

Ajutaţi persoana depresivă să valideze şi să fie empatică faţă de suferinţa pe care evenimentele din existenţa cotidiană şi gândurile o pot declanşa. Ajutaţi pacientul să reflecteze asupra afirmaţiei: „Este de înţeles că mă simt astfel deoarece...". În acest fel, ajutaţi pacientul să înţeleagă că modul său de gândire poate fi „atras" de sentimentele şi convingerile sale fundamentale. De aceea este important să ne distanţăm şi să explorăm gândurile alternative, să abordăm o imagine de ansamblu, să renunţăm la perspectiva dominată de sentimente negative.

Un aspect important este să recunoaştem că furia ar putea să ne împiedice să dorim schimbarea propriilor gânduri. De aceea am putea să ne punem întrebarea: „Chiar te simţi atât de furios/frustrat încât să nu vrei să îţi schimbi gândurile, cel puţin nu deocamdată?". În cazul altor pacienţi, blocajele pot avea legătură cu lipsa de motivaţie sau de

energie. Dacă persoanele sunt foarte deprimate, ar putea fi important să facem câteva exerciţii comportamentale înainte de a aborda modul de gândire. Aspectul pragmatic în privinţa unui exerciţiu comportamental este acela că nu e nevoie decât să fie îndeplinit pentru a vedea ce se întâmplă.

Pasul 2

Spuneţi-i pacientului că „poate fi util să încerci să îţi extinzi concentrarea atenţiei, să vedem dacă putem să ne gândim la unele modalităţi de a privi dintr-o perspectivă nouă această situaţie. Putem face acest lucru dacă ne detaşăm şi ne punem câteva întrebări, pentru ca apoi să ne gândim cum am putea să le răspundem". Acest lucru ne ajută să ne echilibrăm propriile gânduri.

- Cum ai înțelege în mod normal acest lucru dacă nu ai fi stresat sau deprimat (altfel spus, într-o altă stare de spirit)?
- Poți să-ți amintești alte momente când lucrurile ți s-au părut dificile și ai reușit să te descurci?
- De obicei îți subestimezi curajul și abilitățile de a face față problemelor?
- Cum ai putea să vezi acest lucru peste șase luni?
- Dacă un prieten ar încerca să te susțină și să îți fie de ajutor, ce ar putea să îți spună?
- Ce i-ai spune unui prieten aflat în această situație?
- Când încerci să ajuți un prieten, ce îți trece prin minte? Cum gândești?
- Dacă ar fi să aplici acest lucru la propria persoană, cum ar fi?
- Dacă ai fi cinstit cu tine și ar fi să adopți o perspectivă în general corectă și echilibrată, care ar fi aceasta?
- Dacă am putea să facem un *brainstorming* pentru a ajunge la alternative, care ar fi acestea?
- Asupra căror aspecte ar merita să ne concentrăm?
- Dacă ne-am propune să ne focalizăm pe capacitatea noastră de a face față problemelor în acest moment, ce ne-ar putea ajuta?
- În ce fel ar putea aceste gânduri și sentimente să fie de fapt surse slabe de informații pentru tine?
- Să presupunem că ai putea să te gândești la acest aspect într-un mod diferit, cum ai putea să o faci? (Acordați un răgaz pentru reflecție, permițându-i pacientului să experimenteze acele sentimente.)

În continuare vom prezenta câteva formulare foarte simple de gândire, care au titluri-cheie, iar în partea de jos a paginii, câteva întrebări. Unele persoane consideră aceste formulare de gândire foarte utile, în timp ce

altele le consideră utile într-o mai mică măsură. Ele pot fi formulate într-o manieră destul de simplă sau puţin mai elaborată. Este extrem de simplu să dezvoltăm aceste formulare apelând la programe electronice. Esenţial este să înţelegem principiile şi să le adaptăm în funcţie de abilităţile şi nevoile pacienţilor noştri, astfel încât uneori am putea pur şi simplu să folosim două coloane, iar alteori, mai multe. Când sunt generate ideile şi gândurile alternative, exploraţi dacă persoana simte că acestea sunt rezonabile şi ce ar putea însemna un „da, dar". Ajutaţi pacientul să rămână concentrat pe gândurile alternative şi permiteţi-i să le „filtreze" prin mintea sa. Acordaţi un răgaz pentru a observa o schimbare în privinţa emoţiilor, „păstrând" un gând alternativ şi folosiţi imagistica dacă vă este de ajutor. Fiţi extrem de precaut atunci când aveţi de a face cu cei care înţeleg gândurile alternative ca „logice sau de bun-simţ", având în vedere că acest lucru poate să nu modifice sentimentele. Vorbiţi în termenii „atingerii echilibrului" pentru gândurile noastre, dezvoltând o minte receptivă sau înţelepciune în loc de „gândirea care corectează erori". Recunoaşteţi o posibilă teamă de a „crede" în gândurile alternative, de exemplu, întrebând: „Cum ar putea să te împiedice teama să crezi cu adevărat în acest gând alternativ?". Empatizaţi cu această teamă şi puneţi-vă mintea la contribuţie pentru a găsi moduri de rezolvare. Păstraţi o concentrare agreabilă, dar fermă a atenţiei şi evitaţi o atitudine argumentativă sau frustrată. Amintiţi-vă că dumneavoastră nu sunteţi responsabil să „determinaţi pe cineva să se schimbe" – nu trebuie să faceţi altceva decât să creaţi condiţii şi dialoguri care să favorizeze schimbarea.

BCU IASI/CENTRU

Formular pentru explorarea gândurilor nefolositoare şi generarea gândurilor şi ideilor alternative utile

Evenimente, gânduri, sentimente sau imagini care sunt factori declanşatori	*Gânduri care favorizează depresia sau supărarea*	*Sentimente*	*Idei alternative utile*
Întrebări-cheie care te ajută să îţi identifici propriile gânduri	Ce s-a întâmplat de fapt? Ce ţi-a trecut prin minte? Ce gândeşti despre tine? Ce crezi că gândesc ceilalţi despre tine? Cum îţi vezi viitorul?	Care sunt principalele tale sentimente?	Ce i-ai spune unui prieten? Ce gânduri şi idei alternative ar putea exista? Cum ar putea arăta o perspectivă mai echilibrată?

BCU TIMIŞOARA CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Formular pentru explorarea gândurilor nefolositoare şi generarea unor gânduri şi idei alternative utile: exemplu testat (1)

Evenimente, gânduri, sentimente sau imagini care sunt factori declanşatori	*Gânduri care favorizează depresia sau supărarea*	*Sentimente*	*Idei alternative utile*
Mi-am cumpărat o rochie cu mărimea nepotrivită.	Ar fi trebuit să îmi dau seama că rochia aceasta nu îmi vine. Mi se văd şuncile din toate părţile. Sunt grasă şi proastă. (Convingere 70%)	Deprimată, demoralizată.	Cât de supărător! Este firesc să fiu afectată acum. Acolo părea să îmi vină, dar mă grăbeam. O s-o duc înapoi la magazin. Este dezamăgitor să cumperi o rochie prea strâmtă, dar asta nu înseamnă că sunt proastă! Chiar dacă sunt mai corpolentă decât mi-ar plăcea, milioane de femei se simt la fel din cauza presiunilor mass-mediei. Nu există nici o legătură între proporţiile corpului şi abilităţile tale. Faptul că sunt o mamă mereu grăbită, care munceşte din greu pentru familia ei şi uneori îşi cumpără haine care nu îi vin, înseamnă doar că sunt o mamă grăbită, care uneori cumpără lucruri care nu îi vin – nimic mai mult. (Convingere 60%)
Întrebări-cheie care te ajută să îţi identifici propriile gânduri	Ce s-a întâmplat de fapt? Ce ţi-a trecut prin minte? Ce gândeşti despre tine? Ce crezi că gândesc ceilalţi despre tine? Cum îţi vezi viitorul?	Care sunt principalele tale sentimente?	Ce i-ai spune unui prieten? Ce gânduri şi idei alternative ar putea exista? Cum ar putea arăta o perspectivă mai echilibrată?

ROMANIAN CULTURAL UNIVERSITY LIBRARY

Formular pentru explorarea gândurilor nefolositoare şi generarea unor gânduri şi idei alternative utile: exemplu testat (2)

Evenimente, gânduri, sentimente sau imagini care sunt factori declanşatori	*Gânduri care favorizează depresia sau supărarea*	*Sentimente*	*Idei alternative utile*
Nereuşită în obținerea locului de muncă.	Nu au avut nevoie de mine pentru acest job. Evident că nu am răspuns bine la interviu. Nu am aptitudinile solicitate. Nu o să reuşesc niciodată să obțin o slujbă nouă. O să ajung un vagabond. (Convingere 80%)	Deprimat, deznădăjduit.	Este descurajator să nu obții job-ul dorit. Totuşi, interviul nu a mers chiar aşa de rău. Se poate ca uneori să fie preferat altcineva, dar piața locurilor de muncă este destul de neofertantă acum. Ştiu multe persoane care au încercat să se angajeze, nu au reuşit şi până la urmă au căutat până au găsit. Chiar dacă nu am succes în obținerea unei slujbe, înseamnă că piața locurilor de muncă este neofertantă, dar asta nu mă face un vagabond. Pentru că este dificil să obții o slujbă, nu înseamnă că trebuie să mă demoralizez. Pot să mă concentrez mai mult pe ceea ce pot face, şi nu pe ceea ce nu pot. (Convingere 50%).
Întrebări-cheie care te ajută să îți identifici propriile gânduri	Ce s-a întâmplat de fapt? Ce ți-a trecut prin minte? Ce gândeşti despre tine? Ce crezi că gândesc ceilalți despre tine? Cum îți vezi viitorul?	Care sunt principalele tale sentimente?	Ce i-ai spune unui prieten? Ce gânduri şi idei alternative ar putea exista? Cum ar putea arăta o perspectivă mai echilibrată?

Un tip diferit de formular de gândire, care se focalizează pe mai multe gânduri şi alternativele lor

Evenimente, gânduri, sentimente sau imagini care sunt factori declanşatori	*Gânduri care favorizează depresia sau supărarea*	*Sentimente*	*Idei alternative utile*	*Gradul în care este resimţită schimbarea*
Întrebări-cheie care te ajută să îţi identifici propriile gânduri: ce s-a întâmplat de fapt?	Ce ţi-a trecut prin minte? Ce gândeşti despre tine şi despre viitorul tău? Ce crezi despre ceilalţi? Evaluaţi gradul de convingere de la 0 la 100%	Care sunt principalele tale sentimente şi emoţii? Evaluaţi intensitatea sentimentelor de la 0 la 100%	Ce i-ai spune unui prieten? Ce gânduri şi idei alternative ar putea exista? Ce dovezi ai împotriva acestei perspective? Cum ai vedea lucrurile dacă nu ai fi deprimat? Evaluaţi gradul de convingere în privinţa alternativelor de la 0 la 100%	Notaţi orice schimbare ce intervine în intensitatea sentimentelor
Exemplul 1 O colegă de la locul de muncă mă tratează cu dispreţ.	Nu mă place. Crede că nu e locul meu acolo. 70%	Supărată, rănită, furioasă. 60%	Probabil nu are nimic de-a face cu mine. Colega e deseori prost-dispusă şi am văzut-o făcând acelaşi lucru şi altora. 50%	Mai calm. 20%
Exemplul 2 Am uitat să aduc la serviciu un dosar important.	E ceva tipic pentru mine. Nu sunt bun de nimic, sunt un ratat. 80%	Frustrat, furios. 90%	E normal să mă simt frustrat pentru că mă ţine în loc toată ziua. Totuşi, asta nu înseamnă că nu sunt bun de nimic. Nici nu o să îmi mai amintesc de treaba asta peste trei luni. Pot să îmi accept frustrările şi să încerc să mă relaxez. 70%	Mai calm 30%
Exemplul 3 Astăzi mă simt deprimat.	Tot timpul mă voi simţi deprimat. Nimic nu mă va scoate din starea asta vreodată. 70%	Deprimat, sătul. 80%	Stările pot varia. E normal. Totuşi, am avut şi zile mai bune decât cea de azi. Sunt dezamăgit, dar înţeleg sensul de a lucra cu gândurile mele, iar în sinea mea ştiu că dacă o să perseverez, o să mă simt mai bine. 30%	Mai calm. 20%

Anexa 5

Terapia centrată pe compasiune

Să dezvoltăm calități ale compasiunii noastre interne (fișă pentru pacient)

Aşa cum am văzut în activitatea noastră de consiliere, poate fi extrem de stresant să fim autocritici, iar acest lucru ne face să ne simţim mai rău. O modalitate de face faţă dezamăgirii şi „hărţuitorului nostru intern" este să învăţăm să fim plini de compasiune faţă de noi înşine. Acest lucru necesită câteva lucruri din partea noastră:

1. *Să preţuim compasiunea.* Unele persoane sunt îngrijorate că, fiind pline de compasiune faţă de ele însele, ar putea fi într-un fel slabe sau lipsite de motivaţia de a reuşi. Astfel, ele ajung să nu preţuiască cu adevărat valoarea compasiunii. Cu toate acestea, dacă ne gândim la personaje care sunt renumite pentru compasiunea lor, cum ar fi Buddha, Isus, Ghandi, Maica Tereza, Florence Nightingale şi Nelson Mandela, acestea cu greu ar putea fi considerate slabe sau „fără succes". Faptul că învăţăm să fim plini de compasiune poate să ne facă de fapt mai puternici şi mai încrezători în noi.

2. *Empatia.* Empatie înseamnă că putem să înţelegem cum simt şi cum gândesc oamenii şi putem înţelege lucrurile din punctul lor de vedere. În mod similar, când manifestăm empatie *pentru noi înşine*, putem să dezvoltăm o mai bună *înţelegere* pentru unele dintre sentimentele noastre dureroase de dezamăgire, anxietate, furie sau tristeţe. Aceasta poate să însemne că am putea avea nevoie să învăţăm când să fim *mai sensibili faţă de* sentimentele şi suferinţa *noastră* – în loc să încercăm să le trecem cu vederea sau să le evităm. Uneori, ne spunem singuri că nu ar trebui să simţim sau să gândim aşa cum o facem şi încercăm să

negăm propriile sentimente în loc să lucrăm cu ele. Problema este în acest caz că noi nu le explorăm pentru a le înţelege şi, după aceea, ele ne pot provoca teamă.

3. *Compătimirea*. Compătimirea se referă mai puţin la înţelegerea noastră şi înseamnă mai mult să simţim şi să ne dorim să manifestăm grijă, să ajutăm şi să tămăduim. Când simţim compătimire pentru cineva, ne putem simţi trişti sau tulburaţi odată cu acea persoană. Învăţând să manifestăm compătimire pentru *noi înşine*, putem reuşi să fim trişti fără să fim depresivi, de exemplu, fără să ne spunem singuri că este ceva greşit sau rău dacă te simţi trist. În acelaşi timp, ne putem centra pe sentimente de *bunătate* şi *compătimire*.

4. *Iertarea*. Latura noastră autocritică este deseori extrem de neiertătoare şi, în general, credem că orice ocazie de a ataca sau condamna este o ocazie ce nu trebuie ratată! Cu toate acestea, este important să învăţăm să iertăm. Iertarea ne ajută să învăţăm să ne schimbăm; suntem dispuşi să înţelegem propriile greşeli şi să învăţăm din ele.

5. *Acceptarea/toleranţa*. Pot exista multe lucruri în ceea ce ne priveşte pe care ne-am putea dori să le schimbăm şi uneori este util să facem acest lucru. Cu toate acestea, este la fel de important să dezvoltăm acceptarea faţă de noi înşine ca fiinţe umane, „aşa cum suntem", cu o diversitate uriaşă de emoţii pozitive şi negative. Acceptarea nu înseamnă resemnare pasivă, aşa cum sunt sentimentele de înfrângere sau de neputinţă. Este o *deschidere plină de căldură* faţă de toate eşecurile şi eforturile noastre. Este ca şi cum am avea gripă şi am accepta probabil să stăm în pat, dar, în acelaşi timp, să facem tot ce se poate pentru a contribui la însănătoşire.

6. *Dezvoltarea sentimentelor de căldură interioară*. Aceasta necesită să începem să experimentăm şi să practicăm generarea *sentimentelor* de căldură faţă de noi înşine. Pentru a face acest lucru, ne putem folosi de imagini şi putem exersa atragerea sentimentului de căldură către noi. Când suntem deprimaţi, acest sentiment poate fi slăbit şi este greu de generat, şi de aceea va fi nevoie să continuăm să exersăm. Poate să pară straniu şi uneori chiar înfricoşător, şi de aceea putem evolua pas cu pas.

7. *Maturizarea*. Compasiunea este centrată pe ajutorul pe care îl primesc oamenii pentru a se maturiza, a se schimba şi a evolua. Este un factor de îmbunătăţire a calităţii vieţii într-un mod în care agresiunea nu

reuşeşte. Când învăţăm să fim plini de compasiune faţă de noi înşine, învăţăm să ne ocupăm de sinele nostru supus greşelii, astfel încât să ne putem dezvolta şi schimba. De asemenea, compasiunea poate să ne ajute să facem faţă unor sentimente dureroase pe care am dori să le evităm.

8. *Asumarea responsabilităţii*. Unul dintre elementele specifice lucrului cu o minte plină de compasiune este să îţi asumi responsabilitatea pentru gândirea autocritică a cuiva. Putem învăţa să înţelegem motivul şi modul în care ajungem să fim autocritici, deseori pentru că ne-am simţit ameninţaţi într-un fel. Să devii empatic înseamnă să ajungi să percepi ameninţările care stau în spatele autocriticii. Pentru a face acest lucru, putem învăţa să recunoaştem când se întâmplă şi, în acest fel, să facem apel la latura noastră plină de compasiune pentru a furniza perspective şi sentimente alternative.

9. *Instruirea*. Când ne culpabilizăm, stimulăm anumite circuite din creierul nostru, dar când învăţăm să fim plini de compasiune şi să încurajăm eforturile noastre, stimulăm circuite diferite. Uneori, suntem atât de îndemânatici în stimularea culpabilizărilor/formelor de critică interne, încât abilitatea noastră de a stimula spirijinul şi căldura interioară rămân în urmă. De aceea, acum, când am văzut cum putem genera alternative faţă de gândurile noastre de autoînvinuire, putem explora unele căi de a le ajuta să aibă un impact emoţional mai mare. Acest lucru nu înlătură realităţile dureroase, însă ne poate ajuta să facem faţă acestora într-un mod diferit. Aspectul instruirii ar putea fi ca şi cum am merge la fizioterapeut, unde învăţăm să facem exerciţii şi dezvoltăm anumite puncte forte. Sistemele de compasiune din creierul nostru sunt cele pe care încercăm să le fortificăm prin exerciţiile noastre.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 6

Să construim o imagine plină de compasiune (fişă pentru pacient)

Acest exerciţiu este menit să vă ajute *să construiţi* o imagine plină de compasiune de care să vă folosiţi pentru a lucra cu ea şi pentru a o dezvolta (puteţi avea mai multe, dacă doriţi, iar ele se pot schimba odată cu trecerea timpului). Oricare ar fi imaginea care vă trece prin minte sau cu care alegeţi să lucraţi, remarcaţi că ea *este* creaţia *dumneavoastră* şi, prin urmare, idealul dumneavoastră personal – ceea ce, într-adevăr, v-ar mulţumi când aţi simţi că altcineva manifestă grijă faţă de voi şi voi aveţi grijă, la rândul vostru, de altcineva. De aceea, în acest tip de practică, este important că încercaţi să înzestraţi imaginea voastră cu anumite calităţi. Acestea vor cuprinde:

Înţelepciune, Rezistenţă, Căldură interioară
şi Lipsa unei atitudini critice

Aşadar, în fiecare casetă de mai jos veţi scrie care sunt aceste calităţi (înţelepciune, rezistenţă, căldură interioară şi lipsă de prejudecăţi) şi vă veţi imagina cum ar trebui să arate, să sune sau să fie simţite.

Pe cât este posibil, vom începe prin a ne concentra asupra respiraţiei, descoperindu-ne ritmul când ne calmăm şi generăm un zâmbet uşor, cald. Apoi, vom lăsa imaginile să ne apară în minte – cum putem noi mai bine. Nu vă străduiţi prea tare. Dacă nu ne vine nimic în minte sau sunteţi cu gândul în altă parte, nu faceţi decât să reveniţi *uşor* la ritmul respiraţiei şi exersaţi într-un mod plin de compasiune acceptarea. Imaginile voastre nu vor arăta ca nişte tablouri sau fotografii clare în mintea dumneavoastră, ci mai degrabă ca nişte reverii, presărate cu fragmente din scene sau impresii trecătoare.

Prezentăm câteva întrebări care v-ar putea ajuta să construiţi o imagine: v-aţi dori ca imaginea voastră plină de grijă/care alimentează sentimente să o simţiţi/să arate/să semene cu o persoană în vârstă sau tânără; bărbat sau femeie (sau o apariţie care să nu aibă chip uman, de exemplu, un animal, marea sau lumina)? Ce culori şi sunete sunt asociate cu calităţile care desemnează înţelepciune, rezistenţă, căldură şi lipsă de prejudecăţi? Nu uitaţi, imaginea dumneavoastră vă aduce compasiunea voua şi pentru voi.

Cum v-ar plăcea să arate imaginea dumneavoastră ideală plină de grijă şi compasiune (de exemplu, calităţi vizuale)?
Cum v-ar plăcea să sune imaginea dumneavoastră ideală plină de grijă şi compasiune (de exemplu, tonalitatea vocii)?
Ce alte calităţi senzoriale aţi putea să îi mai conferiţi?
Cum v-ar plăcea să relaţioneze cu dumneavoastră imaginea ideală, plină de grijă protectoare şi compasiune?
Cum v-ar plăcea să relaţionaţi chiar dumneavoastră cu imaginea ideală, plină de grijă şi compasiune?

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 7

Să folosim compasiunea pentru a ne schimba modul de gândire (pentru terapeuți)

Atâta vreme cât scopul nostru este să ajutăm persoanele depresive să lucreze cu gânduri, sentimente şi comportamente care declanşează sau intensifică depresia, abordările centrate pe compasiune şi antrenarea minţii într-un mod plin de compasiune (AMC), urmează în unele privinţe formatul aproape standard al TCC. Terapeutul ajută pacienţii să identifice evenimente declanşatoare ale depresiei, să exploreze sentimentele prezente şi apoi semnificaţiile şi gândurile asociate cu ele. Totuşi, lucrul cu o minte plină de compasiune diferă în multe privinţe.

1. AMC sugerează că gândurile automate negative au legătură cu reacţiile automate centrate pe ameninţare. În ceea ce priveşte gândurile asociate cu stări negative, AMC face distincţia între ameninţări *externe* şi *interne*. Ameninţările externe sunt cele pe care lumea şi/sau oamenii care o compun le lansează sinelui; ameninţările interne au legătură cu gândurile şi sentimentele care se nasc în sinele nostru. Desigur, oamenii pot avea reacţii interne, iar apoi îşi fac griji că vor fi criticaţi sau le va fi ruşine de ele. În acest fel, formularele gândurilor vor reflecta acest lucru, la fel ca în cazul formularului plin de compasiune (vezi în continuare). Cu toate acestea, modelul pe care îl furnizăm aici este destul de complicat şi este folosit pentru demonstraţie (vezi pp. 695-696). Indiferent că veţi avea sau nu nevoie să deţineţi un formular mai simplu, important este să identificaţi esenţa abordării centrate pe compasiune, care este un raţionament clinic.
2. Pacienţilor nu numai că le este teamă de posibilitatea generării unor sentimente puternice, însă ei pot să experimenteze propria lor autoevaluare într-un mod temător. Astfel, în AMC, ne concentrăm asupra *emoţiilor* care pot fi generate într-o secvenţă autocritică sau de autoînvinuire.

Consecințele stării în care ne simțim atacați de gândurile negative ale cuiva pot fi să ne simțim doborâți. Așadar, AMC consacră timpul explorării *emoțiilor de autoînvinuire*, cum ar fi, de exemplu, frustrarea, furia sau disprețul agresiv sau docil. Noi explorăm *funcția autoînvinuirii*, posibilele sale *origini* și motivul pentru care ne *supunem/suntem de acord* cu ea (de exemplu, este o obișnuință sau se bazează pe frică?). Pacientul poate fi rugat să își imagineze partea sa care generează autoînvinuirea ca și cum ar fi o persoană: „ Cum ar arăta?", „Ce emoții ar îndrepta spre tine?". Acest lucru poate ajuta pacienții să înțeleagă care este puterea laturii lor autocritice.

3. AMC ajută oamenii să înțeleagă autoînvinuirea ca o componentă a sistemelor lor *defensive*. În mod obișnuit, când oamenii sunt amenințați de posibilitatea să comită greșeli sau să le fie rușine, se manifestă un tip de panică internă și frustrare, care ajung să fie împletite în focalizarea autoînvinuirii. Uneori, autocritica este totuși o amintire a momentului când ai fost amenințat, iar terapeutul poate să identifice „vocea" critică ca fiind vocea unui părinte sau a unei figuri autoritare. Când pacientul derulează toate acestea în mintea sa, poate să adopte aceleași atitudini docile cum făcea și în copilărie. În orice caz, amenințarea alimentează sistemul de autoînvinuire. Terapeutul poate lucra în acest sens verificând din nou autoritatea, antecedentele sau legitimitatea spiritului critic. Acest lucru ajută pacienții să înțeleagă că deseori ei păstrează atitudinea agresivă dintr-o teamă de schimbare, și nu dintr-o rațiune logică.

Noua experiență emoțională

4. Abordările care se bazează pe conștientizarea atentă lucrează ajutând persoanele depresive să devină mai buni observatori și mai atenți la fluxul gândurilor lor în loc să fie antrenați de forța lor. Ideea este să schimbăm relația pe care o avem cu gândurile, și nu gândurile în sine. AMC folosește această abordare, dar sugerează că unora dintre noi le-ar putea fi mai ușor, cel puțin în etapele de început, dacă pot să își refocalizeze atenția într-un mod plin de compasiune față de ei.
5. Unele abordări cognitive sunt centrate pe încercarea de a genera dovezi alternative pentru a contracara unele gânduri negative. AMC face acest lucru la rândul ei, dar susține că centrarea pe dovezi poate să nu fie neapărat suficientă pentru a-i ajuta pe pacienți să se schimbe. Însă trebuie să ajungem să „procesăm" pornind de la o sursă emoțională diferită și să creăm o experiență emoțională nouă în gândirea cuiva, care să contracareze experiența emoțională a frustrării, furiei sau a disprețului său generat de autocritică. Reevaluările logice și bazate pe dovezi sunt utile în măsura în care ajută la realizarea acestui lucru.

Primii paşi

6. Prima etapă în direcţia schimbării este să se dezvolte *empatia faţă de suferinţa celuilalt.* Aceasta orientează atenţia persoanei spre motivul pentru care această suferinţă este de înţeles (deşi, în mod evident, este indezirabilă). Acest lucru necesită înţelegere şi acceptare. Mulţi pacienţi posedă un simţ al ruşinii şi sentimentul că nu pot să se descurce din pricina suferinţei lor. Empatia faţă de suferinţa celuilalt poate implica un volum mare de lucru din punct de vedere terapeutic, dar este esenţială, astfel încât persoana să înceapă să lucreze cu propria suferinţa în loc să o evite. Explorați modul în care pacienţii gândesc şi simt atunci când fac acest lucru. Înţelegerea empatică poate fi de asemenea extinsă la autocritică, deoarece este posibil să o percepem ca fundamentată pe ameninţare.
7. AMC îşi propune astfel să selecteze atenţia, amintirea, raţionamentul metacognitiv, sistemele de comportament şi emoţie pentru a nutri sentimente de grijă şi compasiune faţă de sine. Scopul AMC este să încorporeze aceste elemente diferite şi să le concentreze pe toate asupra dezvoltării compasiunii.

   O atenţie plină de compasiune înseamnă modul în care ne concentrăm capacităţile mentale, spre ce ne îndreptăm eforturile. Focalizarea exactă a atenţiei se va realiza alături de pacient, dar ea poate implica o focalizare pe o imagine plină de compasiune, un obiect, un miros, un chip zâmbitor al cuiva care s-a dovedit plin de grijă, o amintire plină de compasiune. Atenţia plină de compasiune se focalizează pe modalităţi senzoriale.
   Gândirea plină de compasiune este legată de procesul de gândire şi metacogniţie. Ea se va focaliza pe mai multe elemente ale terapiei cognitive, cum ar fi redarea unui echilibru gândirii, depersonalizare şi eliberarea de sentimentul de ruşine, dezvoltarea unor idei multicauzale legate de responsabilitate, perceperea fiecărui eveniment ca fiind unic în loc să fie excesiv generalizat şi „gândirea umană" (pentru a evita comparaţii sociale negative). Când gândirea plină de compasiune fuzionează cu trăirea unor sentimente pline de compasiune, ne îndreptăm spre înţelepciune. Înţelepciunea se manifestă deoarece deţinem o înţelegere profundă în ceea ce priveşte natura lucrurilor.
   Comportamentul plin de compasiune se focalizează pe ceea ce oamenii simt că ar fi cel mai util, demn de a fi nutrit sau încurajator lucru ce trebuie făcut. După cum am remarcat în cadrul abordărilor behavioriste, acţiunile sunt importante. Este nevoie de claritate în privinţa distincţiei dintre un comportament plin de compasiune şi docilitate. În acelaşi timp, un comportament plin de compasiune înseamnă mai mult decât să fii

„drăguț cu tine însuți". El se va concentra pe calitatea de a evolua, a se dezvolta și a prospera. Un comportament plin de compasiune se poate focaliza pe comportamente imediate sau pe ținte pe termen lung. *Emoția plină de compasiune* se concentrează pe încercarea de a genera o anumită tonalitate emoțională în întregul proces de schimbare și dezvoltare. Emoțiile asupra cărora ne concentrăm, prin urmare, sunt căldura interioară, bunătatea, blândețea și liniștirea. De aceea, când generăm gânduri alternative în mintea noastră, noi încercăm în mod deliberat să le facem calde, delicate și blânde în tonalitate. Cu siguranță, acest lucru nu exclude în nici un caz apariția unor emoții mai excitante și a sentimentelor de exuberanță atunci când reușim sau când copiii noștri au avut un succes. Și bucuria este o parte din compasiune, deși, probabil, conține mai multă activare. Cheia pentru emoțiile pline de compasiune este că ele sunt focalizate pe starea de bine și prosperitate.

Exemplu

Urmează să ofer un formular de gândire destul de complex, pe care puteți să îl simplificați în anumite cazuri. Cu siguranță, în cazul fiecărei persoane depresive s-ar putea să fie puțin mai mult, deși, dacă veți parcurge acest formular de gândire alături de pacient și îl veți ajuta să-și aștearnă pe hârtie gândurile, va putea fi util pentru acesta să aibă o imagine de ansamblu în ședințele ulterioare. Va trebui să faceți apel la abilitatea dumneavoastră și raționamentul de clinician. Intenția este de a vă pune la dispoziție o anumită percepție a întregului ansamblu. Veți remarca faptul că am inclus imagini și funcțiuni ale manifestărilor autocritcii și imagini și funcțiuni ale compasiunii de sine. Pot fi folosite diverse formulare ale gândirii, dar ar fi de dorit ca acestea să fie destul de simple Astfel, aceste tipuri de formulare ale gândirii ar trebui completate mai întâi împreună cu terapeutul, iar apoi, acumulându-se treptat înțelegerea și cunoașterea. Acestea pot fi simplificate ajungându-se la una sau două coloane. Munca independentă ar trebui să fie simplă și ușor de înțeles.

Persoana alături de care vom dezvolta exemplul nostru deținea o poziție de conducere, iar după ce a devenit extrem de depresivă, era nevoită să își aloce mult timp liber departe de serviciu. Totuși, a fost destul de capabilă să înțeleagă conceptele și le-a considerat utile și importante. Situația era de așa natură încât pacientul devenise supraîncărcat de prea multe sarcini și începuse să nu mai reușească să le

rezolve, iar într-o bună zi a ajuns să uite de o întâlnire importantă. În acest fel, îngrijorarea lui majoră însemna „să nu reuşească să-şi termine treaba". Pe măsură ce se amplifica această îngrijorare, el avea tot mai multe gânduri şi sentimente autocritice. Am lucrat destul de mult în direcţia normalizării modului în care stresul afectează într-adevăr concentrarea şi abilităţile şi nevoia de recuperare şi odihnă. Cu toate acestea, recuperarea de care discutăm va fi compromisă dacă el va rumina într-un mod autocritic. Consider că societatea noastră competitivă generează tot mai mulţi indivizi care suferă în acest fel. Veţi constata că el provine dintr-o familie ai cărei membri erau „carierişti", care erau totodată destul de distanţi din punct de vedere emoţional, iar el fusese la o şcoală cu internat de la o vârstă fragedă. Veţi remarca în acelaşi timp în abordarea plină de compasiune că o parte din el este în acelaşi timp destul de furioasă, deoarece fusese supus acestui nivel de tensiune nervoasă, ceea ce, într-un fel, considerase că nu era corect. El este mai degrabă inhibat în furia lui, întrucât consideră că ceilalţi făcuseră faţă presiunilor de la locul de muncă (comparaţie socială negativă), cu toate că în realitate este posibil ca aceştia să fie mai puţin conştienţi de nevoia de a-şi demonstra acest lucru.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Formular pentru explorarea gândurilor nefolositoare şi generarea gândurilor şi ideilor alternative centrate pe compasiune

Evenimente, gânduri, sentimente sau imagini care sunt factori declanşatori	*Gânduri care favorizează depresia sau supărarea*	*Sentimente*	*Alternative centrate pe compasiune pentru gândurile autocritice*	*Înţelegerea şi schimbarea sentimentelor*
Întrebări-cheie care te ajută să îţi identifici propriile gânduri: ce s-a întâmplat de fapt? Care a fost factorul declanşator?	Ce ţi-a trecut prin minte? Ce gândeşti despre ceilalţi şi ce cred ei despre tine? Ce crezi tu despre tine şi despre viitorul tău?	Care sunt principalele tale sentimente şi emoţii?	Ce i-ai spune unui prieten? Ce alternative pline de compasiune ar putea exista? Ce dovezi ai în sprijinul unei noi perspective? În ce măsură sunt acestea exemple de compasiune, grijă şi susţinere? Poţi să generezi aceste gânduri cu căldură?	Notaţi orice schimbare ce intervine în intensitatea sentimentelor
Nu o să îmi termin sarcinile de serviciu.	*Ruşine externă (ce cred eu că gândesc ceilalţi despre mine)* Oamenii vor crede că nu fac faţă. Vor fi dezamăgiţi de mine. Mă văd incapabil să mai fac faţă – trist şi inutil. M-am întins mai mult decât mi-e plapuma. *Consecinţele majore de care se teme pacientul* Izolare – vor începe să caute şi să prefere pe altcineva. Vor dori să mă excludă din echipă.	Lumea pare un loc foarte periculos. Anxios, grăbit şi furios.	*Empatie faţă de propria suferinţă* Este de înţeles, pentru că m-aş simţi mai bine dacă m-aş descurca şi ceilalţi m-ar aprecia. Totuşi, m-am simţit izolat în copilărie la internat, am fost ţinta atacurilor invidioase ale „răului clasei", ale profesorului şi chiar ale tatălui meu dacă mă descurcam bine sau eram ambiţios. Gândurile mele sunt ecouri ale acestor temeri şi experienţe din copilărie. Respir liniştit şi îmi accept gândurile. Simt compasiune faţă de temerile care vin din trecutul meu. *Atenţie plină de compasiune* Deşi este explicabil faptul că mă centrez pe ameninţare, pot de asemenea să fiu atent la ce am făcut şi la reacţiile celorlalţi. Am dezvoltat o nouă modalitate de îmi aminti expresia satisfăcută a şefului meu. Soţia şi copiii sunt preocupaţi de mine. Câţiva colegi s-au arătat îngrijoraţi.	Mă simt mai calm şi capabil să îmi redirecţionez sentimentele de căldură faţă de mine însumi. În sufletul meu ştiu că voi trece peste asta dacă îmi voi accepta şi înfrunta oboseala şi furia.

	Ruşine internă (ce cred eu despre mine) Am luat-o razna. M-a luat valul – e tipic pentru mine – întotdeauna încerc să impresionez. Ambiţii mari, creier mic. *Consecinţele majore de care se teme pacientul* Eşec, voi sfârşi singur.	Stres cu modificări fizice, gânduri obsesive şi tulburări de somn. Oboseală, lipsa motivaţiei şi a concentrării.	*Gândirea plină de compasiune* A fost mult de lucru în ultimul timp şi mulţi dintre noi s-au simţit stresaţi. Nu e vina mea, pentru că mi-am dat silinţa, de aici problemele cauzate de supraîncărcare, nicidecum „ambiţii mari, creier mic". Probabil este adevărat că nu am avut grijă de mine, nu mi-am oferit un răgaz, nu mi-am împărtăşit problemele altora. Furia face parte din stres, şi alţii se simt la fel. *Comportament în spiritul compasiunii* Să mă gândesc cui aş putea să-i împărtăşesc problemele, să îmi recunosc limitele şi abilităţile, să vorbesc deschis cu şeful. Să fac mai multe lucruri plăcute. Să exersez imagistica şi concentrarea pline de compasiune.	
	Imagine şi emoţie Bărbat, vârsta tatălui, ironii de tipul „prea mândru pentru cât eşti de pricăjit", dispreţ, satisfăcuţi să mă vadă eşuând. Amintiri de la internat.		*Imagine şi emoţie* Blând, bărbat în vârstă care le-a văzut pe toate. Stând întins. Preocupat de mine însumi şi valorizându-mă.	
	Funcţia Să mă împiedice să avansez.		*Funcţia* Mă ajută să fac faţă situaţiilor dificile şi revenirii temerilor mele. Mă ajută să mă simt sprijinit şi să evaluez corect întâmplarea.	

BCU IAŞI - BABEŞ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 8

Scrisorile pline de compasiune

Nota terapeutului

Motivaţia din spatele ideii de a scrie o scrisoare plină de compasiune este aceea de a ajuta persoanele depresive să se ocupe de problemele lor concentrându-se pe înţelegere şi căldură interioară. Dorinţa noastră este să încercăm să activăm sistemul emoţional pentru a ajuta persoanele depresive să se vindece. Doar din poziţia unei înţelegeri pline de compasiune veţi putea integra diferite intervenţii cognitive, comportamentale şi emoţionale, precum şi unele alternative, pe care le-am analizat în cartea de faţă. Centrarea pe sistemul de nutrire a căldurii interioare contribuie la reducerea posibilităţii de a genera gânduri şi comportamente alternative într-o manieră rece sau agresivă. De asemenea, le veţi explica pacienţilor dumneavoastră că ar fi bine să înceapă să dezvolte un nou tip de relaţie cu ei înşişi. Explicaţi-le importanţa ideii de a redacta o scrisoare plină de compasiune şi exploraţi gândurile lor în această privinţă, astfel încât să fie un exerciţiu de colaborare şi un experiment.

În acest fel, puteţi pune în aplicare diferite idei pentru a putea ajuta persoanele depresive să îşi aleagă singure un *mod de gândire plin de compasiune*. De exemplu, dacă aţi lucrat pentru consolidarea unui ideal plin de compasiune, iar pacientul şi-l imaginează într-un mod diferit, acesta poate să se concentreze, respirând de câteva ori adânc, pentru ca apoi să aducă imaginea în minte şi, după aceea, să scrie scrisoarea din această perspectivă – de exemplu, imaginându-şi că această imagine îi vorbeşte, iar el va relata în scrisoarea sa toate acestea. În paralel, pacientul îşi poate imagina cum arată sinele lui ideal plin de compasiune – genul de persoană grijulie, aşa cum şi-ar dori chiar el să fie. Aceasta este focalizarea pe care o vom utiliza în exemplul pe care îl punem la dispoziţia pacientului în continuare.

Conţinutul scrisorii ar trebui să prezinte o empatie evidentă pentru suferinţă prin sintagme de genul: „Este de înţeles că te simţi x deoarece...". Cu alte cuvinte, veţi ajuta pacientul să scrie şi să fie specific în legătură cu natura suferinţei sale, şi nu doar să fie autocritic.

Acordaţi atenţie posibilităţii ca acesta să se focalizeze pe atenţia, gândirea şi comportamentul pline de compasiune. Acesta este modul în care persoana depresivă îşi îndreaptă eforturile spre generarea gândurilor alternative, reflectând şi concentrându-se într-adevăr asupra acelor comportamente care au şanse să le fie utile. Comportamentele pline de compasiune nu înseamnă să faci bine pentru a-ţi fi ţie bine, dar trebuie să se focalizeze pe problema pe care o ai de rezolvat. În mod obişnuit, aceasta se poate centra pe comportamentul de căutare a ajutorului sau chiar pe a învăţa să fii asertiv într-un mod plin de compasiune. Puteţi scrie scrisori în timpul şedinţei alături de pacient sau îi puteţi sugera să îl lăsaţi pentru cinci minute să scrie singur sau să o facă între două şedinţe. Când va aduce înapoi scrisoarea redactată, îi veţi cere să v-o citească şi să încerce să pună cât mai multă căldură posibil în vocea sa. De asemenea, poate fi util să îi citiţi chiar dumneavoastră scrisoarea şi, la rândul dumneavoastră, să faceţi acest lucru cu o voce calmă şi cu cât de multă căldură în inflexiunea vocii dumneavoastră este posibil – dar toate acestea trebuie să fie reale, „neforţate sau false". Exploraţi sentimentele lui şi în ce măsură gândurile sale alternative prezente în scrisoare sunt credibile, acceptabile şi utile.

Lăsaţi-vă duşi de spiritul exerciţiului în loc să vă lăsaţi prins în rigiditatea tehnicii. Colaboraţi în permanenţă cu pacientul dumneavoastră, ceea ce înseamnă uneori întoarcerea la cele trei cercuri, astfel încât să vă fie foarte clar obiectivul pe care încercaţi să îl atingeţi împreună. Sugeraţi-i întotdeauna pacientului dumneavoastră să se gândească în ce mod ar putea îmbunătăţi procedurile, astfel încât să devină cel mai potrivit ghid al lui însuşi.

Redăm mai jos un astfel de model, care oferă câteva direcţii de îndrumare pentru redactarea scrisorii. Când îi veţi înmâna toate acestea pacientului dumneavoastră, asiguraţi-vă că înţelege care este ideea şi că o va considera utilă. Amintiţi-i că este vorba, în parte, de un experiment, şi nu despre cum să facem anumite lucruri, corect sau greşit. Totodată, amintiţi-vă că s-ar putea să fie nevoie de exerciţiu pentru a înţelege cum stau lucrurile, dar, cu siguranţă, aceasta este ideea. Dacă persoana depresivă se luptă cu *teama* de a fi plin de compasiune, atunci acceptaţi acest lucru într-un mod plin de compasiune, întorceţi-vă la cele trei

cercuri şi aflaţi în urma unui *brainstorming* cum puteţi să mergeţi mai departe şi ce ar fi cu adevărat util. Uneori, pacientul va avea nevoie de mai multe interacţiuni pline de compasiune şi de reflecţii din partea dumneavoastră, înainte să poată interioriza suficient pentru a fi capabil să dezvolte această atitudine faţă de sine. Reţineţi că evitarea sentimentelor de căldură poate constitui o formă a comportamentului de siguranţă.

Fişa pentru pacient prezentată în continuare este doar orientativă.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Fişă pentru pacient

Redactarea unei scrisori pline de compasiune ar trebui să vă ajute să vă recanalizaţi gândurile şi sentimentele pentru a vă consolida rolul de susţinere, să fiţi utili şi să manifestaţi grijă faţă de voi înşivă. *În practică*, acest lucru poate fi de ajutor pentru a înţelege un aspect al identităţii dumneavoastră ce poate slăbi unele sentimente şi gânduri cu un accent mai negativ.

Pentru a începe scrisoarea, propuneţi-vă să simţiţi acea parte din dumneavoastră care poate fi blândă şi înţelegătoare faţă de ceilalţi; cum aţi fi dacă aţi manifesta grijă pentru cineva cum sunteţi voi. Fiţi atenţi la atitudinea dumneavoastră în general, la expresiile faciale, la tonalitatea vocii şi la sentimentele care însoţesc sinele dumneavoastră plin de grijă. Gândiţi-vă la acea parte ca la un tip de sine pe care vi l-aţi dori. Gândiţi-vă la calităţile pe care v-aţi dori să le aibă sinele dumneavoastră plin de compasiune. Nu are importanţă dacă simţiţi că sunteţi astfel – însă concentraţi-vă asupra *idealului* pe care v-aţi dori să îl atingeţi. Petreceţi câteva minute gândindu-vă profund la acest aspect şi încercând să intraţi în contact cu acea parte „bună" din dumneavoastră.

Pe măsură ce scrieţi scrisoarea, faceţi astfel încât voi înşivă să aveţi *înţelegere şi acceptare* pentru suferinţa dumneavoastră. De exemplu, scrisoarea ar putea să înceapă cu: „Îmi pare rău că te simţi tulburat; tulburarea ta este de înţeles, deoarece...". Observaţi motivele logice, odată ce aţi realizat prezenţa suferinţei. După aceea, probabil că veţi continua scrisoarea cu: „Mi-ar face plăcere să ştii..." (de exemplu, scrisoarea dumneavoastră ar putea indica faptul că pe măsură ce devenim depresivi, depresia noastră poate fi însoţită de un set puternic de gânduri şi sentimente – aşadar, felul cum vedeţi lucrurile acum poate fi perspectiva pe care v-o dă depresia asupra lucrurilor). Având în vedere tot ce s-a menţionat, putem face un efort să „păşim de partea depresiei" şi să scriem şi să ne focalizăm pe modul în care putem face faţă provocărilor cât mai bine şi util.

Idei

Există mai multe idei pe care aţi putea să le luaţi în considerare în scrisoarea dumneavoastră. *Nu* consideraţi că trebuie să le aplicaţi pe toate. De fapt, aţi putea dori să încercaţi diferite lucruri în scrisori distincte adresate vouă înşivă. Având acum toate aceste idei, deşi poate fi dificil, evitaţi să vă adresaţi propriei persoane spunându-vă ce ar trebui sau nu să gândiţi, să simţiţi sau să faceţi. Nu există corect sau greşit, important este doar procesul prin care voi încercaţi să gândiţi într-un mod diferit.

Să te distanţezi: odată ce v-aţi recunoscut suferinţa care vă domină acum şi nu vă mai învinovăţiţi singur, este util ca scrisoarea dumneavoastră să vă poată ajuta să vă distanţaţi, detaşându-vă de suferinţa cauzată de situaţia dumneavoastră pentru un scurt moment. Dacă aţi putea face acest lucru, pe ce consideraţi că ar fi util să vă concentraţi şi ce v-aţi propune să realizaţi?

De exemplu, v-aţi putea gândi la felul în care vă veţi simţi peste câteva zile, săptămâni sau luni în legătură cu acea situaţie sau aţi putea să vă amintiţi că aţi reuşit să vă eliberaţi de depresie în anumite momente şi felul în care vă simţeaţi atunci. Poate ar fi util să vă amintiţi în scrisoarea dumneavoastră şi să vă readuceţi în atenţie momentele când v-aţi confruntat în trecut cu unele probleme; rememoraţi-le. Dacă există vreo tendinţă de îndepărtare a lor, notaţi-o, dar încercaţi să vă păstraţi concentrarea asupra scrisorii. Aceasta trebuie să se focalizeze pe eforturile dumneavoastră şi pe ceea ce *sunteţi* capabili să faceţi.

Latura dumneavoastră plină de compasiune ar putea să vă ajute, cu blândeţe, să înţelegeţi unele lucruri, dar nu în stilul unei gândiri în alb şi negru. Latura dumneavoastră plină de compasiune nu acuză niciodată şi vă poate ajuta să reduceţi din sentimentul de autoînvinovăţire. Amintiţi-vă că aceasta vă poate ajuta cu bunătate şi înţelegere. Iată câteva exemple: dacă cineva a evitat să vă întâlnească şi acest lucru v-a supărat, latura dumneavoastră plină de compasiune o să vă ajute să recunoaşteţi că sunteţi supărat, dar, în acelaşi timp, că gânduri de tipul „persoana asta nu mă place sau probabil că nu sunt o fiinţă agreabilă" pot fi destul de incorecte. Poate că o opinie mai echilibrată ar fi că persoana care v-a ocolit a făcut acest gest şi faţă de alţii şi are la rândul ei propriile probleme; latura dumneavoastră plină de compasiune poate să vă reamintească faptul că aveţi şi alţi prieteni, care nu vă tratează în acest mod. Un alt exemplu ar fi dacă aţi uitat să faceţi ceva sau aţi făcut o greşeală

şi vă simţiţi extrem de frustrat şi supărat, latura dumneavoastră plină de compasiune va înţelege frustrarea şi furia, însă vă va ajuta să înţegeţi că a fost o simplă greşeală şi ea nu reprezintă o dovadă că sunteţi stupid sau incapabil. Aceasta o să vă ajute să vă gândiţi la acel lucru care este cel mai plin de compasiune şi mai folositor de făcut în aceste circumstanţe.

Nu sunteţi singuri: Deseori, depresia ne face să ne simţim diferiţi de ceilalţi într-o anumită privinţă. Cu toate acestea, în loc să vă simţiţi singuri şi să vă fie ruşine, ar trebui să vă amintiţi că mulţi alţi semeni se pot simţi deprimaţi şi pot avea gânduri negative despre ei, despre lumea din jur şi despre viitorul lor. De fapt, una din 20 persoane sau chiar mai mult ar putea suferi de depresie în orice moment, ceea ce înseamnă că este foarte trist să fii deprimat, dar nu este ceva ieşit din comun. Depresia pe care o aveţi *nu* este o slăbiciune personală, o inadaptare, ceva rău sau un eşec.

Autocritica: dacă vă simţiţi deprimat, dezamăgit sau vă judecaţi aspru în scrisoarea dumneavoastră, reţineţi că spiritul autocritic este adesea declanşat de dezamăgire (de exemplu, faptul că aţi făcut o greşeală sau că nu arătaţi aşa cum v-aţi dori), pierdere (de exemplu, a speranţelor într-o iubire) sau teamă (de exemplu, de critică şi/sau respingere). Poate că fiind autocritic nu este decât o modalitate prin care aţi învăţat să faceţi faţă acestor lucruri sau vă purtaţi urât cu cineva din cauza sentimentului de frustrare resimţit de dumneavoastră, dar acest lucru nu este constructiv. Poate că este de înţeles, însă nu ne ajută să facem faţă dezamăgirii, pierderii sau temerii. Deci trebuie să recunoaştem, să fim înţelegători şi plini de compasiune faţă de dezamăgirea, pierderile sau temerile noastre. Fiţi îngăduitori cu dumneavoastră şi manifestaţi sensibilitate pentru aceste sentimente.

Un comportament plin de compasiune: Este util să ne gândim care ar putea fi comportamentul plin de compasiune care ar trebui *aplicat* în momentul de faţă sau cândva în viitor – cum ar putea latura dumneavoastră plină de compasiune să vă ajute să realizaţi acele lucruri? Astfel, în scrisoarea dumneavoastră este posibil să vă doriţi să vă gândiţi la felul în care puteţi aduce compasiune în acţiunile care vă compun existenţa. Dacă există lucruri pe care le evitaţi sau găsiţi că sunt dificil de făcut, scrieţi pe hârtie care ar fi acei paşi mici graţie cărora aţi putea înainta. Încercaţi să aşterneţi pe hârtie acei paşi şi acele idei care vă încurajează şi vă susţin să faceţi unele lucruri pe care le consideraţi dificile. Dacă nu ştiţi exact ce trebuie să faceţi, poate ar fi bine să recurgeţi la un

brainstorming pentru a obţine cât mai multe opţiuni şi să vă gândiţi care dintre ele se aplică în cazul dumneavoastră.

Dileme: Dacă sunteţi în dilemă în legătură cu un subiect, acordaţi atenţie vocii înţelepte, binevoitoare, pline de compasiune dinăuntrul vostru şi scrieţi care sunt aspectele opuse ale dilemei. Reţineţi că deseori dilemele sunt dificile şi, uneori, alegerea opţiunilor va fi grea. Prin urmare, se poate să fie nevoie de timp pentru a reuşi. Dialogul cu alte persoane poate fi extrem de util. Acceptarea atât a avantajelor, şi a pierderilor în cazul unei decizii poate să dureze un timp.

Compasiune pentru sentimente: Latura dumneavoastră plină de compasiune va manifesta compasiune pentru sentimentele dumneavoastră. Dacă aveţi sentimente puternice de frustrare, furie sau anxietate, atunci este cazul să recunoaşteţi existenţa lor într-un mod plin de compasiune. Emoţiile negative reprezintă o parte din fiinţa umană şi pot deveni mai puternice în cazul depresiei, dar aceasta nu vă transformă într-o persoană rea – sunteţi doar o fiinţă umană care încearcă să facă faţă unor sentimente dificile. Putem învăţa să lucrăm cu aceste sentimente, ca parte componentă a „umanităţii" noastre, fără să ne învinovăţim sau să ne condamnăm singuri pentru ele. Spiritul dumneavoastră plin de compasiune vă va reaminti faptul că deseori nu noi suntem cei care alegem să simţim într-un mod negativ, iar aceste sentimente pot să se nască destul de rapid. Aşadar, nu este vina noastră, deşi putem învăţa cum să lucrăm cu aceste sentimente complicate.

Pierderea unor sentimente pozitive: Dacă vă simţiţi prost întrucât aţi pierdut unele dintre sentimentele pozitive, atunci puteţi manifesta compasiune faţă de această pierdere – este foarte trist să pierzi sentimente pozitive. Uneori, se întâmplă să pierdem sentimentul iubirii, deoarece o relaţie s-a terminat, sau suntem pur şi simplu epuizaţi, sau depresia este cea care blochează sistemele de emoţii pozitive. Când ne eliberăm de depresie, aceste sisteme pozitive pot reveni. Scrisoarea dumneavoastră plină de compasiune vă poate ajuta să înţelegeţi toate acestea fără să vă autoînvinovăţiţi.

Ce este util: Scrisoarea dumneavoastră va fi o modalitate de punere în practică a modului în care trebuie să vă concentraţi asupra acelor lucruri care simţiţi că vă ajută. Dacă vă vin în minte gânduri care vă fac să vă simţiţi mai rău, atunci notaţi-le şi lăsaţi-le să plece, iar voi vă veţi refocaliza pe ceea ce poate fi util – nu uitaţi că nu există nici un fel de „ar trebui".

Căldura interioară: Acum încercaţi să vă concentraţi asupra sentimentelor de căldură şi pe dorinţa sinceră de a ajuta în scrisoarea pe care tocmai o scrieţi. Acordaţi-vă timp să respiraţi adânc şi chiar străduiţi-vă, cât de bine puteţi, să lăsaţi acele sentimente de căldură interioară să vă fie alături. După ce aţi scris scrisoarea, recitiţi-o încet, cu cât de multă căldură puteţi să adunaţi în fiinţa dumneavoastră. Dacă veţi scrie altcuiva, aţi considera că scrisoarea dumneavoastră este amabilă şi utilă? Aţi putea schimba ceva pentru a o face mai caldă şi utilă?

Amintiţi-vă că acesta este un *exerciţiu* care poate părea dificil uneori, dar, perseverând, nu faceţi decât să exersaţi o parte a minţii dumneavoastră, care poate fi dezvoltată pentru a vă fi de ajutor. Unele persoane descoperă că pot să rescrie scrisoarea a doua zi şi astfel pot reflecta mai profund şi într-un mod diferit asupra unor aspecte. Cheia care stă la baza acestui exerciţiu este dorinţa şi străduinţa de a deveni în sinea ta bând, plin de compasiune şi încurajator. Rezultatele acestui mod de lucru s-ar putea să nu fie imediate, dar, la fel ca atunci când „facem exerciţii ca să fim în formă fizică excelentă", se poate ajunge în timp la beneficii, prin practicarea în mod regulat. Uneori, anumite persoanele consideră că, în ciuda faptului că sunt depresive, le-ar plăcea foarte mult să dezvolte un simţ al sinelui înţelept şi plin de compasiune atât faţă de sine, cât şi faţă de ceilalţi. Puteţi exersa gândindu-vă cum în fiecare zi puteţi deveni din ce în ce mai mult aşa cum v-aţi dori să fiţi. Rezervaţi-vă timp pentru a vă imagina ce atitudini şi expresii faciale aţi adopta, ce gânduri şi sentimente se potrivesc cu felul de a fi plin de compasiune şi exersaţi crearea tuturor acestora în interiorul dumneavoastră. Acest lucru înseamnă să fii deschis faţă de greutăţile tale şi suferinţă, în loc să încerci doar să scapi de ele.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 9

Urmările manifestării compasiunii față de sine și față de ceilalți

Pe măsură ce persoana depresivă începe să dezvolte centrarea pe compasiune, poate fi util să explorăm cum o va ajuta acest lucru să se schimbe și să devină din ce în ce mai mult așa cum și-ar dori. Întocmiți o listă asemănătoare celei care urmează în legătură cu modul în care centrarea pe compasiune va:

1. Influența felul în care vă simțiți și relaționați cu sinele dumneavoastră – ce se va schimba? Cum veți observa că se întâmplă acest lucru și cum îl veți dezvolta?

2. Influența felul în care faceți față problemelor în viață – ce se va schimba? Cum veți observa că se întâmplă acest lucru și cum îl veți dezvolta?

3. Influența felul în care interacționați cu alți oameni – ce se va schimba? Cum veți observa că se întâmplă acest lucru și cum îl veți dezvolta?

4. Influența modul în care veți face alegeri și vă veți strădui să atingeți scopurile în viață – ce se va schimba? Cum veți observa că se întâmplă acest lucru și cum îl veți dezvolta? (Scopurile pot fi pe termen scurt – în următoarele câteva zile, săptămâni sau luni – sau pe termen lung și chiar pentru tot restul vieții.)

5. Influența modul în care faceți față obstacolelor și crizelor în viață – ce se va schimba? Cum veți observa că se întâmplă acest lucru și cum îl veți dezvolta?

BCU "MIHAI EMINESCU" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

6. Influenţa orice alt aspect de viaţă care este important pentru voi – ce se va schimba? Cum veţi observa că se întâmplă acest lucru şi cum îl veţi dezvolta?

Cum putem consolida compasiunea noastră în existenţa noastră de zi cu zi? Cum putem observa blocajele care stau în calea unei existenţe pline de compasiune şi a lucrului într-un mod plin de compasiune cu aceste blocaje?

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 10

Literatură motivațională şi adrese web utile

Sunt o mulţime de materiale de mare ajutor pentru lectura motivaţională, care pot fi utile şi merită să fie luate în considerare de persoanele depresive, ca parte a consolidării relaţiei terapeutice.

Brantley, J. (2003), *Calming Your Anxious Mind: How Mindfulness and Compassion Can Free You from Anxiety, Fear and Panic*, New York, Harbinger. Cuprinde un CD foarte util.

Fennell, M. (2006), *Overcoming Low Self-Esteem: A Self-Help Course*, Londra, Robinson. Un program compus din trei părţi şi bazat pe tehnici behaviorist-cognitive. O metodă foarte utilă, simplă, care urmează pas cu pas demersul teoretic şi numeroase experienţe simple, esenţiale şi practice demne de a fi urmate. Veţi descoperi multe forme de înregistrare a gândurilor, dacă aceasta reprezintă o abordare pe care o preferaţi.

Gilbert, P. (2000a), *Overcoming Depression: A Self-Guide Using Cognitive Behavioural Techniques*, ediţie revăzută, Londra, Robinson, şi New York, Oxford University Press. Lucrarea apelează la o abordare mai narativă faţă de alte cărţi de literatură motivaţională şi, în plus, conţine o serie de exerciţii. Este uşor mai voluminoasă deoarece sunt menţionate multe studii de caz furnizate cititorilor interesaţi. În acest fel, persoanele depresive sunt ajutate să înţeleagă că nu sunt singure în lupta lor pentru a se elibera de depresie. Totodată, este introdusă ideea importanţei compasiunii de sine.

Leahy, R.L. (2000), *The Worry Cure*, New York, Piatkus.

Leahy, R.L. şi Holland, S.J. (2000), *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, New York, Guilford Press. Este un text excelent, care poate fi cumpărat împreună cu un CD,

BCU IAŞI - BIBLIOTECA UNIVERSITY LIBRARY

iar dumneavoastră puteţi beneficia de diferite forme de exerciţii pentru pacienţii pe care urmează să îi aveţi.

Marra, T. (2003), *The Dialectical Behavior Therapy Workbook for Overcoming Depression and Anxiety*, Oakland, CA, New Harbinger Publications. Este o carte extrem de utilă, al cărei conţinut îl puteţi împărtăşi cu pacienţii dumneavoastră. Aceasta furnizează o privire de ansamblu eficientă asupra structurii şi paşilor ce trebuie urmaţi în terapia behaviorist-dialectică. Veţi putea constata că abordările centrate pe compasiune se pot poziţiona foarte bine în cadrul TCD.

Padesky, C. şi Greenberg, D. (1995), *Clinicians' Guide to Mind and Mood*, New York, Guilford Press. Mai există în acelaşi timp un caiet de lucru al pacientului, care se distribuie împreună cu cartea. Mulţi consilieri care au urmat abordarea cognitivă au descoperit că aceasta este o carte utilă. Din nou, sunt furnizate diverse exerciţii şi forme de lucru.

Adrese web utile

Pentru informaţii despre depresie, vezi website-ul National Institute for Clinical Excellence (NICE): www.NICE.org.uk

Acest website oferă informaţii despre gestionarea depresiei în sistemul primar şi secundar de îngrijire, *self-help* computerizat şi depresia la copii şi adolescenţi.

Website pentru self-help

Un website important pentru *self-help* este cel australian „Beyond Blue": www.beyondblue.au

Acesta este un website finanţat de guvern şi este considerat un lider la nivel global.

Website-urile pentru Tehnica Celor Cinci Domenii, inclusiv cărţile de specialitate, sunt disponibile gratis pe website-ul dedicat tehnicilor TCC realizat şi finanţat de NHS: www.livinglifetothefull.com

Adrese web dedicate terapiilor

The American Institute of Cognitive Therapy: www.CognitiveTherapy-NYC.com

Robert L. Leahy este preşedinte al American Institute of Cognitive Therapy şi mai multe informaţii pot fi găsite aici, inclusiv cum să devii membru şi să primeşti revista publicată de societate, *The Journal of Cognitive Psychotherapy, an International Quarterly*

The Beck Institute of Cognitive Therapy: www.beckinstitute.org

Informaţii despre evoluţiile beckiene din terapia cognitivă pot fi găsite pe acest website.

The Institute of Psychiatry: www.iop.kcl.ac.uk

Informaţii despre abordările cognitive şi pregătire pot fi accesate la Institute of Psychiatry din Londra.

Oxford Cognitive Therapy Centre: www.octc.co.uk

Informaţii despre abordările cognitive şi pregătire pot fi accesate la Oxford Cognitive Therapy Centre.

Terapia centrată pe emoţie: www.EmotionFocusedTherapy.org şi www.psych.yorku.ca/greenberg

Această abordare a fost iniţiată de Lesley Greenberg în Canada.

Terapia angajamentului şi acceptării: www.aceptanceandcommitmenttherapy.com, www.relationalframetheory.com şi www.contextpress.com.

Această abordare a fost iniţiată de Steve Hayes. Pentru informaţii despre teoria angajamentului şi acceptării (Steve Hayes), vezi oricare dintre website-urile de mai sus.

Terapia comportamental-dialectică: www.faculty.washing.edu/linehan

Această abordare a fost iniţiată de Marsha Linehan. Pentru mai multe informaţii despte TCD, vezi website-ul de mai sus.

Psihologia eului: www.selfpsychology.com

Această abordare a fost iniţiată de Heinz Kohut.

The International Council for Psychoanalytic Self-psychology poate fi accesat la: www.psychologyoftheself.com

Studii despre schema interpersonală

Studii care explorează efectele materialului nonconştient asupra procesării anumitor tipuri de scheme interpersoanle pot fi găsite la adresa web de mai jos. Acest studiu a fost întreprins pentru prima oară de Mark Baldwin. Pe lângă acesta, Mark se ocupă de jocuri pe calculator pentru

a stimula anumite tipuri de sisteme de procesare emoțională socială. Vă recomand să vizitați website-ul său și să faceți chiar dumneavoastră o încercare cu unul dintre jocuri.

www.selfesteemgames.mcgill.ca

Studiile de cercetare pot fi consultate pe: www.selfesteemgames.mcgill.ca/research/index.htm

Website-uri referitoare la conștientizarea atentă

Există o mare diversitate de website-uri care se ocupă acum de conștientizarea atentă, dar nu sunt în măsură să comentez în această privință, deși unele sunt de un oarecare interes.

www.mindfultherapies.com
www.bangor.ac.uk/mindfulness
www.mindfulness.com/
http://en.wikipedia.org/wiki/Mindfulness
www.budsas.org/ebud/mfneng/mind0.htm
www.priory.com/psych/mindfulness.htm
www.psychiatry.ox.ac.uk/csr/mbct.html
www.jimhopper.com/mindfulness/

Terapia centrată pe compasiune

Puteți consulta și găsi informații despre fundația noastră, Compassionate Mind Foundation pe: www.Compassionatemind.co.uk

Website-ul meu este: www.derby.ac.uk/schools/sehs/research/mhru/

Kristen Neff are propriul website pentru munca pe care o desfășoară și este dedicată compasiunii față de sine, pe adresa: www.self-compassion.org

Dalai Lama a dezvoltat multe relații cu oameni de știință din Occident în spiritul încurajării unui mod de viață mai centrat pe compasiune. Mai multe informații despre acest subiect pot fi găsite pe: www.mindandlife.org

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IIAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Bibliografie

Abbott, D.H., Keverne, E.B., Bercovitch, F.B. *et al.* (2003), Are subordinates always stressed? A comparative analysis of rank differences in Cortisol levels among primates, *Hormones and Behavior*, 43, pp. 67-82.

Abbott, P. şi Williamson, E. (1999), Women, health and domestic violence, *Journal of Gender Studies*, 8, pp. 83-102.

Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. şi Alloy, L.B. (1989), Hopelessness: A theory-based subtype of depression, *Psychological Review*, 96, pp. 358-372.

Ahmed, E. şi Braithwaite, V. (2004), 'What, me ashamed?' Shame management and school bullying, *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 41, pp. 269-294.

Akiskal, H.S. şi McKinney, W.T. (1973), Depressive disorders: Toward a unified hypothesis, *Science*, 182, pp. 20-29.

Akiskal, H.S. şi McKinney, W.T. (1975), Overview of recent research in depression: Integration of ten conceptual models into a comprehensive frame, *Archives of General Psychiatry*, 32, pp. 285-305.

Aldridge, D. (2000), *Spirituality, Healing and Medicine*, Londra, Jessica Kingsley.

Allan, S. şi Gilbert, P. (1997), Submissive behaviour and psychopathology, *British Journal of Clinical Psychology*, 36, pp. 467-482.

Allen, N.B. şi Badcock, P.B.T. (2003), The social risk hypothesis of depressed mood: Evolutionary, psychosocial, and neurobiological perspectives, *Psychological Bulletin*, 129, pp. 887-913.

Allen, N.B. şi Knight, W.E.J. (2005), Mindfulness, compassion for self and compassion for others: Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression, în P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, Londra, Brunner-Routledge, pp. 239-262.

Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Whitehouse, W.G., Hogan, M.E., Panzaralla, C. şi Rose, D.T. (2006), Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 115, pp. 145-156.

Andrews, B. (1998), Shame and childhood abuse, în P. Gilbert şi B. Andrews (eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*, New York, Oxford University Press, pp. 176-90.

Andrews, B. şi Brewin, C.R. (1990), Attributions of blame for marital violence: A study of antecedents and consequences, *Journal of Family and Marriage*, 52, pp. 757-767.

Apter, A., Horesh, N., Gothelf, D., Graffi, H. şi Lepkifker, E. (2001), Relationship between self-disclosure and serious suicidal behaviour, *Comprehensive Psychiatry*, 42, pp. 70-75.

Argyle, M. (1984), *The Psychology of Interpersonal Behaviour*, ed. a IV-a, Harmondsworth, Penguin.

Arieti, S. şi Bemporad, J. (1980a), The psychological organization of depression, *American Journal of Psychiatry*, 137, pp. 1360-1365.

Arieti, S. şi Bemporad, J. (1980b), *Severe and Mild Depression: The Psychotherapeutic Approach*, Londra, Tavistock.

Arrindell, W.A., Sanderman, R., Van der Molen, H., Van der Ende, J. şi Mersch, P.P. (1988), The structure of assertiveness: A confirmatory approach, *Behaviour Research and Therapy*, 26, pp. 337-339.

Arrindell, W.A., Steptoe, A. şi Wardle, J. (2003), Higher levels of depression in masculine than in feminine nations, *Behaviour Research and Therapy*, 41, pp. 809-817.

Ashby, F.G., Isen, A.M. şi Turken, A.U. (1999), A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition, *Psychological Review*, 106, pp. 529-550.

Babiker, G. şi Arnold, L. (1997), *The Language of Injure: Comprehending Self-Mutilation*. Leicester, British Psychological Society.

Baer, R.A. (2003), Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, pp. 125-143.

Bailey, K.G. (2002), Recognizing, assessing and classifying others: Cognitive bases of evolutionary kinship therapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16, pp. 367-383.

Baker, H.S. şi Baker, M.N. (1988), Arthur Miller's 'Death of a Salesman': Lessons for the self psychologist, în A. Goldberg (ed.), *Progress in Self Psychology*, vol. IV, Hillsdale, NJ, The Analytic Press.

Baldwin, M.W. (1992), Relational schemas and the processing of social information, *Psychological Bulletin*, 112, pp. 461-484.

Baldwin, M.W. (ed.) (2005), *Interpersonal Cognition*, New York, Guilford Press.

Baldwin, M.W. şi Dandeneau, S.D. (2005), Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity, în M.W. Baldwin (ed.), *Interpersonal Cognition*, New York, Guilford Press, pp. 33-61.

Baldwin, M.W. şi Holmes, J.G. (1987), Salient private audiences and awareness of the self, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 1087-1098.

Banai, E., Shaver, P. şi Mikulincer, M. (2005), 'Self objects' in Kohut's self psychology: Links with attachment, affect regulation, and adjustment, *Psychoanalytic Psychology*, 22, pp. 224-260.

Bandura, A. (1977), *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Bateman, A. şi Fonagy, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder : Mentalization Based Treatment*, Oxford, Oxford University Press.

Bates, A. şi Clark, D.M. (1998), A new cognitive treatment for social phobia : A single case study, *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 12, pp. 289-302.

Baumeister, R.F. (1990), Suicide as escape from self, *Psychological Review*, 97, pp. 90-133.

Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C. şi Vohs, K.D. (2001), Bad is stronger than good, *Review of General Psychology*, 5, pp. 323-370.

Baumeister, R.F. şi Leary, M.R. (1995), The need to belong : Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation, *Psychological Bulletin*, 117, pp. 497-529.

Baumeister, R.F., Stillwell, A. şi Heatherton, T.F. (1994), Guilt : An interpersonal approach, *Psychological Bulletin*, 115, pp. 243-267.

Baumeister, R.F., Tice, D.M. şi Hutton, D.G. (1993), Self-presentation motivations and personality differences in self-esteem, *Journal of Personality*, 57, pp. 547-579.

Beach, S.R.H. şi Jones, D.J. (2002), Marital and family therapy for depressed adults, în I.H. Gotlib şi C.L. Hammen (eds.), *Handbook of Depression*, New York, Guilford Press, pp. 422-440.

Bebbington, P. (2004), The classification and epidemiology of unipolar depression, în M. Power (ed.), *Mood Disorders : A Handbook of Science and Practice*, Chichester, Wiley and Sons Ltd., pp. 3-27.

Bebbington, P., Katz, R., McGuffin, P., Tennant, C. şi Hurry, J. (1989), The risk of minor depression before age 65 : Results from a community survey, *Psychological Medicine*, 19, pp. 393-400.

Beck, A.T. (1967), *Depression : Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*, New York, Harper & Row.

Beck, A.T. (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York, International Universities Press.

Beck, A.T. (1983), Cognitive therapy of depression : New perspectives, în P.J. Clayton şi J.E. Barrett (eds.), *Treatment of Depression : Old Controversies and New Approaches*, New York, Raven Press, pp. 265-290.

Beck, A.T. (1987), Cognitive models of depression, *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 1, pp. 5-38.

Beck, A.T (1996), Beyond belief : A theory of modes, personality and psychopathology, în P. Salkovskis (ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*, Londra, Guilford Press, pp. 1-25.

Beck, A.T., Emery, G. şi Greenberg, R.L. (1985), *Anxiety Disorders and Phobias : A Cognitive Approach*, New York, Basic Books.

Beck, A.T., Freeman, A. *et al.* (1990), *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York, Guilford Press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. şi Emery, G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Wiley.

Becker, J. (1979), Vulnerable self-esteem as a predisposing factor in depressive disorders, în R.A. Depue (ed.), *The Psychobiology of the Depressive Disorders : Implications for the Effects of Stress*, New York, Academic Press, pp. 317-334.

Beckham, F.E. şi Leber, W.R. (eds.) (1995), *Handbook of Depression*, ed. a II-a, New York, Guilford Press.

Beidel, D.C. şi Turner, S.M. (1998), *Shy Children, Phobic Adults : Nature and Treatment of Social Phobia*, Washington, DC, American Psychology Press.

Belsher, G. şi Costello, C.G. (1988), Relapse after recovery from unipolar depression : A critical review, *Psychological Bulletin*, 104, pp. 84-86.

Belsky, J., Steinberg, L. şi Draper, P. (1991), Childhood experiences, interpersonal development, and reproductive strategy : An evolutionary theory of socialization, *Child Development*, 62, pp. 647-670.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. şi Westbrook, D. (2004), *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*, Oxford, Oxford University Press.

Bennett-Levy, J. şi Thwaites, R. (2007), Self and self-reflection in the therapeutic relationship : A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills, în P. Gilbert şi R. Leahy (eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*, Londra, Routledge, pp. 255-281.

Bering, J.M. (2002), The existential theory of mind, *Review of General Psychology*, 6, pp. 3-34.

Berndt, D.J. (1990), Inventories and scales, în B.B. Wolman şi G. Stricker (eds.), *Depressive Disorders : Facts, Theories and Treatment Methods*, New York, Wiley, pp. 255-274.

Bibring, E. (1953), The mechanism of depression, în P. Greenacre (ed.), *Affective Disorders*, New York, International Universities Press, pp. 14-47.

Bieling, P.J. şi Kyken, W. (2003), Is cognitive case formulation science or science fiction ?, *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10, pp. 52-69.

Bifulco, A. şi Moran, P. (1998), *Wednesday's Child : Research into Women's Experiences of Neglect and Abuse in Childhood, and Adult Depression*, Londra, Routledge.

Birtchnell, J. (2003), *The Two of Me : The Relational Outer Me and the Emotional Inner Me*, Londra, Routledge.

Blackburn, I.M. şi Davidson, K. (1995), *Cognitive Therapy for Depression and Anxiety*, ed. a II-a, Oxford, Blackwell.

Blackburn, I.M. şi Twaddle, V. (1996), *Cognitive Therapy in Action*, Londra, Souvenir Press.

Blatt, S. şi Zuroff, D. (1992), Interpersonal relatedness and self-definition : Two prototypes for depression, *Clinical Psychology Review*, 12, pp. 527-562.

Blatt, S.J., Quinlan, D.M., Chevron, E.S., McDonald, C. şi Zuroff, D. (1982), Dependency and self criticism: Psychological dimensions of depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, pp. 113-124.

Bono, G. şi McCullough, M.E. (2006), Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, pp. 147-158.

Book, H.E. (1988), Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy, *American Journal of Psychiatry*, 145, pp. 420-424.

Bordin, E. (1979), The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, pp. 252-260.

Bowlby, J. (1969), *Attachment: Attachment and Loss*, vol. I, Londra, Hogarth Press.

Bowlby, J. (1973), *Separation, Anxiety and Anger: Attachment and Loss*, vol. II, Londra, Hogarth Press.

Bowlby, J. (1980), *Loss: Sadness and Depression: Attachment and Loss*, vol. III, Londra, Hogarth Press.

Brantley, J. (2003), *Calming Your Anxious Mind: How Mindfulness and Compassion Can Free You from Anxiety, Fear and Panic*, New York, Harbinger.

Bremner, J.D. (2002), *Does Stress Damage the Brian ?*, New York, W.W. Norton.

Brewin, C.R. (2006), Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account, *Behaviour Research and Therapy*, 44, pp. 765-784.

Brewin, C.R., Andrews, B. şi Gotlib, I.H. (1993), Psychopathology and early experiences: A reappraisal of retrospective reports, *Psychological Bulletin*, 113, pp. 82-98.

Brewin, C.R. şi Furnham, A. (1986), Attributional and pre-attributional variables in self- esteem and depression: A comparison and test of learned helplessness theory, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, pp. 1013-1020.

Brown, G.W. (1989), Depression: A radical social perspective, în K. Herbst şi E. Paykel (eds.), *Depression: An Interactive Approach*, Oxford, Heinemann Medical Books.

Brown, G.W., Adler, W.Z. şi Bifulco, A. (1988), Life events, difficulties and recovery from chronic depression, *British Journal of Psychiatry*, 152, pp. 487-498.

Brown, G.W. şi Harris, T.O. (1978), *The Social Origins of Depression*, Londra, Tavistock.

Brown, G.W., Harris, T.O. şi Hepworth, C. (1995), Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison, *Psychological Medicine*, 25, pp. 7-21.

Brugha, T. (ed.) (1995), *Social Support and Psychiatric Disorder : Research Findings and Guidelines for Clinical Practice*, Cambridge, Cambridge University Press.

Buchbinder, E. şi Eisikovits, Z. (2003), Battered women's entrapment in shame : A phenomenological study, *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, pp. 355-366.

Burns, D.D. (1980), *Feeling Good*, New York, Morrow.

Buss, D.M. (2003), *Evolutionary Psychology : The New Science of Mind*, ed. a II-a, Boston, Allyn and Bacon.

Buunk, B.P. şi Gibbons, F.X. (eds.) (1997), *Health, Coping and Well-Being : Perspectives from Social Comparison Theory*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Byrne, R.W. (1995), *The Thinking Ape*, Oxford, Oxford University Press.

Byrne, R.W. (1999), Human cognitive evolution, în M.C. Corballis şi S.E.G. Lea (eds.), *The Descent of Mind : Psychological Perspectives on Humanoid Evolution*, New York, Oxford University Press, pp. 71-87.

Cacioppo, J.T., Berston, G.G., Sheridan, J.F. şi McClintock, M.K. (2000), Multilevel integrative analysis of human behavior : Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches, *Psychological Bulletin*, 126, pp. 829-843.

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Rickett, E.M. şi Masi, C.M. (2005), Sociality, spirituality, and meaning making : Chicago health, aging and social relations study, *Review of General Psychology*, 9, pp. 143-155.

Carr, A. (2004), *Positive Psychology : The Science of Happiness and Human Strengths*, Hove, Brunner-Routledge.

Carter, C.S. (1998), Neuroendocrine perspectives on social attachment and love, *Psychoneuroendocrinology*, 23, pp. 779-818.

Carver, S.A., Weintraub, K.J. şi Schierer, F.M. (1989), Assessing coping strategies : A theoretically based approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, pp. 267-283.

Caspi, A. şi Moffitt, T.E. (2006), Gene-environment interactions in psychiatry : Joining forces with neuroscience, *Nature Reviews : Neuroscience*, 7, pp. 583-590.

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., Talyor, A., Craig, I.W., Harrington, H., McClay, J., Will, J., Braithwaite, A. şi Poulton, R. (2003), Influence of life stress on depression : Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene, *Science*, 301, pp. 386-398.

Cassidy, J. şi Shaver, P.R. (eds.) (1999), *Handbook of Attachment : Theory, Research and Clinical Applications*, New York, Guilford Press.

Champion, L. şi Power, M. (1995), Social and cognitive approaches to depression : Towards a new synthesis, *British Journal of Clinical Psychology*, 34, pp. 485-503.

Chartrand, T.L., van Baaren, R.B. şi Bargh, J.A. (2006), Linking automatic evaluation to mood and information processing style : Consequences for

experienced affect, impression formation, and stereotyping, *Journal of Experimental Psychology : General*, 135, pp. 70-77.

Cheung, M.S.P., Gilbert, P. şi Irons, C. (2004), An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression, *Personality and Individual Differences*, 36, pp. 1143-1153.

Clark, D.M. (1999), Anxiety disorders : Why they persist and how to treat them, *Behaviour Research and Therapy*, 37, pp. 5-27.

Clark, D.M. şi Ehlers, A. (2004), Posttraumatic stress disorder : From cognitive theory to therapy, în R.L. Leahy (ed.), *Contemporary Cognitive Therapy : Theory, Research and Practice*, New York, Guilford Press, pp. 141-160.

Clarkin, J.F., Haas, G.L. şi Glick, I.D. (1988), *Affective Disorders and the Family : Assessment and Treatment*, New York, Guilford Press.

Cleare, A.J. (2004), Biological models of unipolar depression, în M. Power (ed.), *Mood Disorders : A Handbook of Science and Practice*, Chichester, Wiley and Sons Ltd., pp. 29-46

Cochran S.V. şi Rabinowitz, F. (2000), *Men and Depression : Clinical and Empirical Perspectives*, New York, Academic Press.

Collins, N.L. şi Read, S.J. (1990), Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, pp. 644-663.

Conway, M.A. şi Pleydell-Pearce, C.W. (2000), The construction of autobiographic memories in the self-memory system, *Psychological Bulletin*, 107, pp. 261-288.

Coon, D. (1992), *Introduction to Psychology : Exploration and Application*, ed. a VI-a, New York, West Publishing Company.

Cozolino, L. (2002), *The Neuroscience of Psychotherapy : Building and Rebuilding the Human Brain*, New York, W.W. Norton.

Cukrowicz, K.C., Otamendi, A., Pinto, J.V., Bernert, R.A., Krakow, B. şi Joiner, T.E. (2006), The impact of insomnia and sleep disturbances on depression and suicidality, *Dreaming*, 16, pp. 1-10.

Dalenberg, C.J. (2004), Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger : Countertransference and complex trauma, *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 41, pp. 438-447.

Dalgleish, T. (2004), Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder : The evolution of multirepresentation theorizing, *Psychological Bulletin*, 130, pp. 228-260.

Dalgleish, T., Rosen, K. şi Marks, M. (1996), Rhythm and blues : The assessment and treatment of seasonal affective disorder, *British Journal of Clinical Psychology*, 35, pp. 163-182.

Davidson, R.J. şi Harrington, A. (eds.) (2002), *Visions of Compassion : Western Scientists and Tibetan Buddhists Examine Human Nature*, New York, Oxford University Press.

Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D. *et al.* (2003), Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation, *Psychosomatic Medicine*, 65, pp. 564-570.

Davidson, R.J., Pizzagalli, D. şi Nitschke, J.B. (2002), The representation and regulation of emotion in depression, în I.H. Gotlib şi C.L. Hammen (eds.), *Handbook of Depression*, New York, Guilford Press, pp. 219-244.

Davies, R.N. şi Nolen-Hoeksema, S. (2000), Cognitive inflexibility among ruminators and non-ruminators, *Cognitive Therapy and Research*, 24, pp. 699-711.

Decety, J. şi Jackson, P.L. (2004), The functional architecture of human empathy, *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, pp. 71-100.

Deitz, J. (1988), Self-psychological interventions for major depression, *American Journal of Psychotherapy*, XLII, pp. 597-609.

Depue, R.A. şi Morrone-Strupinsky, J.V. (2005), A neurobehavioral model of affiliative bonding, *Behavioral and Brain Sciences*, 28, pp. 313-395.

de Waal, F.B.M. (1996), *Good Natured: The Origins of Right and Wrong in Humans and Other Animals*, Londra, Harvard University Press.

Dickerson, S.S. şi Kemeny, M.E. (2004), Acute stressors and Cortisol response: A theoretical integration and synthesis of laboratory research, *Psychological Bulletin*, 130, pp. 335-391.

Dickson, A. (1982), *A Woman in Your Own Right*, ediţie revăzută, Londra, Quartet Books.

Diener, E., Lucas, R.E. şi Scollon, C.N. (2006), Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being, *American Psychologist*, 61, pp. 305-314.

Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S. *et al.* (2006), Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and anti-depressant medication in the acute treatment of adults with major depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, pp. 658-670.

Dixon, A.K. (1998), Ethological strategies for defence in animals and humans: Their role in some psychiatric disorders, *British Journal of Medical Psychology*, 71, pp. 417-445.

Dreher, M., Mengele, U., Krause, R. şi Kammerer, A. (2001), Affective indicators of the psychotherapeutic process: An empirical case study, *Psychotherapy Research*, 11, pp. 99-117.

Driscoll, R. (1989), Self-condemnation: A conceptual framework for assessment and treatment, *Psychotherapy*, 26, pp. 104-111.

Dryden, W. (1985), Challenging but not overwhelming: A compromise in negotiating homework assignments, *British Journal of Cognitive Therapy*, 3, pp. 77-82.

Dryden, W. (ed.) (1989a), *Key Issues for Counselling in Action*, Londra, Sage.

Dryden, W. (1989b), The therapeutic alliance as an integrating framework, în W. Dryden (ed.), *Key Issues for Counselling in Action*, Londra, Sage, pp. 1-15.

Dryden, W. (1989c), The use of chaining in rational-emotive therapy, *Journal of Rational- Emotive Therapy*, 7, pp. 59-66.

Dryden, W. (1989d), Attributions, beliefs and constructs: Some points of comparison, în D. Lane (ed.), *Attributions, Beliefs and Constructs in Counselling Psychology*, Leicester, British Psychological Society.

Dryden, W. (1991), *Dryden on Counselling*, vol. III: *Training and Supervision*, Londra, Whurr.

Dryden, W. (1992), *The Incredible Sulk*, Londra, Sheldon Press.

Duan, C. şi Hill, C.E. (1996), The current state of empathy research, *Journal of Counselling*, 43, pp. 261-274.

Dunkley, D.M., Zuroff, D.C. şi Blankstein, K.R. (2003), Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping, *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, pp. 234-252.

Dunkley, D.M., Zuroff, D.C. şi Blankstein, K.R. (2006), Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment, *Personality and Individual Differences*, 40, pp. 665-676.

Dykman, B.M. (1998), Integrating cognitive and motivational factors in depression: Initial tests of a goal orientation approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, pp. 139-158.

Egan, G. (2002), *The Skilled Helper*, ed. a VII-a, Pacific Grove, CA, Brooks/Cole.

Ehlers, A., Maercker, A. şi Boos, S. (2000), Posttraumatic stress disorder following imprisonment: Role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change, *Journal of Abnormal Psychology*, 109, pp. 45-55.

Eisenberg, L. (1986), Mindlessness and brainlessness in psychiatry, *British Journal of Psychiatry*, 148, pp. 497-508.

Eisenberg, N. (1986), *Altruistic Emotion, Cognition and Behavior: A New View*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Eisenberg, N. (2002), Empathy-related emotional responses, altruism, and their socialization, în R. Davidson şi A. Harrington (eds.), *Visions of Compassion: Western Scientists and Tibetan Buddhists Examine Human Nature*, New York, Oxford University Press, pp. 31-164.

Ellenberger, H.F. (1970), *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York, Basic Books.

Ellis, A. (1977a), Characteristics of psychotic and borderline psychotic individuals, în A. Ellis şi R. Grieger (eds.), *Handbook of Rational Emotive Therapy*, New York, Springer.

Ellis, A. (1977b), A rational approach to interpretation, în A. Ellis şi R. Grieger (eds.), *Handbook of Rational Emotive Therapy*, New York, Springer.

Enright, R.D. (1996), Counselling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and self-forgiveness, *Counselling and Values*, 40, pp. 107-126.

Epstein, S. (1994), Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious, *American Psychologist*, 49, pp. 709-724.

Epstein, S., Lipson, A., Holstein, C. şi Huh, E. (1992), Irrational reactions to negative outcomes: Evidence for two conceptual systems, *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 328-339.

Espie, C.A. (2006), *Overcoming Insomnia and Sleep Problems*, Londra, Robinson.

Etcoff, N. (1999), *Survival of the Prettiest: The Science of Beauty*, New York, Doubleday.

Fazaa, N. şi Page, S. (2003), Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 33 (2), pp. 182-185.

Fennell, M.J.V. (1989), Depression, în K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk şi D.M. Clark (eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, Oxford, Oxford University Press, pp. 169-234.

Ferguson, B. şi Tyrer, P. (1989), Rating instruments in psychiatric research, în C. Freeman şi P. Tyrer (eds.), *Research Methods in Psychiatry: A Beginner's Guide*, Londra, Gaskell/The Royal College of Psychiatrists.

Ferster, C.B. (1973), A functional analysis of depression, *American Psychologist*, 28, pp. 857-870.

Ferster, C.B. (1974), Behavioral approaches to depression, în R.J. Friedman şi M.M. Katz (eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, New York, Winston Wiley.

Field, T. (2000), *Touch Therapy*, New York, Churchill Livingstone.

Fogel, A., Melson, G.F. şi Mistry, J. (1986), Conceptualising the determinants of nurturance: A reassessment of sex differences, în A. Fogel şi G.F. Melson (eds.), *Origins of Nurturance: Developmental, Biological and Cultural Perspectives on Caregiving*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, pp. 53-67.

Fombonne, E. (1999), Time trends in affective disorders, în P. Cohen, C. Slomkowski şi L.N. Robins (eds.), *Historical and Geographical Influences on Psychopathology*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, pp. 115-140.

Fonagy, P. şi Target, M. (2006), The mentalization-focused approach to self pathology, *Journal of Personality Disorders*, 20, pp. 544-576.

Forrest, M.S. şi Hokanson, J.E. (1975), Depression and autonomic arousal reduction accompanying self-punitive behavior, *Journal of Abnormal Psychology*, 84, pp. 346-357.

Fournier, M.A., Moskowitz, D.S. şi Zuroff, D.C. (2002), Social rank strategies in hierarchical relationships, *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, pp. 425-433.

Frank, E., Kupfer, D.J. şi Perel, J.M. (1989), Early recurrence in unipolar depression, *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 397-400.

Frederick, C. şi McNeal, S. (1999), *Inner Strengths: Contemporary Psychotherapy and Hypnosis for Ego Strengthening*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Fredrickson, B.L. (1998), What good are positive emotions?, *Review of General Psychology*, 2, pp. 300-319.

Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E. şi Larkin, G.R. (2003), What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11, 2001, *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, pp. 365-377.

Freedman, S.R. şi Enright, R.D. (1996), Forgiveness as an intervention goal with incest survivors, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 983-992.

Freeman, A. şi McCloskey, R.D. (2003), Impediments to psychotherapy, în R.L. Leahy (ed.), *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for Change*, New York, Guilford Press, pp. 24-28.

Freeman, A., Simon, K.M., Beutler, L.E. şi Arkowitz, H. (eds.) (1989), *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*, New York, Plenum.

Freud, S. (1917), Mourning and Melancholia, în *Complete Psychological Works*, vol. XIV (Standard Edition), traducere şi editare de J. Strachey, Londra, Hogarth Press.

Geary, D.C. (2000), Evolution and proximate expression of human parental investment, *Psychological Bulletin*, 126, pp. 55-77.

George, M.S., Ketter, T.A., Parekh, P.I., Horwitz, B., Hercovitch, P. şi Post, R.M. (1995), Brain activity during transient sadness and happiness in healthy women, *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 341-351.

Gerhardt, S. (2004), *Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby's Brain*, Londra, Routledge.

Germer, C.K., Siegel, R.D. şi Fulton, P.R. (2005), *Mindfulness and Psychotherapy*, New York, Guilford Press.

Gibb, B.E., Abramson, L.Y. şi Alloy, L.R. (2004), Emotional maltreatment from parent, verbal peer victimization, and cognitive vulnerability to depression, *Cognitive Therapy and Research*, 28, pp. 1-21.

Gilbert, P. (1984), *Depression: From Psychology to Brain State*, Londra, Lawrence Erlbaum Associates.

Gilbert, P. (1989), *Human Nature and Suffering*, Londra, Lawrence Erlbaum Associates.

Gilbert, P. (1992), *Depression: The Evolution of Powerlessness*, Hove, Lawrence Erlbaum, şi New York, Guilford Press.

Gilbert, P. (1993), Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology, *British Journal of Clinical Psychology*, 32, pp. 131-154.

Gilbert, P. (1995a), Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, pp. 135-156.

Gilbert, P. (1995b), Attachment, co-operation and rank: The evolution of the need for status and support, în T. Brugha (ed.), *Social Support and Psychiatric Disorder: Research Findings and Guidelines for Clinical Practice*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 117-141.

Gilbert, P. (1997), The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy, *British Journal of Medical Psychology*, 70, pp. 113-147.

Gilbert, P. (1998a), What is shame? Some core issues and controversies, în P. Gilbert şi B. Andrews (eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*, New York, Oxford University Press, pp. 3-38.

Gilbert, P. (1998b), The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions, *British Journal of Medical Psychology*, 71, pp. 447-464.

Gilbert, P. (1998c), Shame and humiliation in complex cases, în N. Tarrier, G. Haddock şi A. Wells (eds.), *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Approach*, Chichester, Wiley, pp. 241-271.

Gilbert, P. (2000a), *Overcoming Depression: A Self-Guide Using Cognitive Behavioural Techniques*, ediţie revăzută, Londra, Robinson, şi New York, Oxford University Press.

Gilbert, P. (2000b), Varieties of submissive behaviour: Their evolution and role in depression, în L. Sloman şi P. Gilbert (eds.), *Subordination and Defeat: An Evolutionary Approach to Mood Disorders*, Hillsadale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, pp. 3-46.

Gilbert, P. (2000c), Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy, în P. Gilbert şi K.G. Bailey (eds.), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, Hove, Brunner-Routledge, pp. 118-150.

Gilbert, P. (2001a), Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, pp. 17-27.

Gilbert, P. (2001b), Depression and stress: A biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms, *Stress: The International Journal of the Biology of Stress*, 4, pp. 121-135.

Gilbert, P. (2002), Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy, în P. Gilbert (ed.), *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* (Special Edition: Evolutionary Psychology and Cognitive Therapy), 16, pp. 263-294.

Gilbert, P. (2003), Evolution, social roles, and differences in shame and guilt, *Social Research: An International Quarterly of the Social Sciences*, 70, pp. 1205-1230.

Gilbert, P. (2004), Depression: A biopsychosocial, integrative and evolutionary approach, în M. Power (ed.), *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*, Chichester, J. Wiley and Sons, pp. 99-142.

Gilbert, P. (2005a), Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach, în P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, Londra, Brunner-Routledge, pp. 9-74.

Gilbert, P. (2005b), Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships, în M.W. Baldwin (ed.), *Interpersonal Cognition*, New York, Guilford Press, pp. 299-335.

Gilbert, P. (2006a), Evolution and depression: Issues and implications (invited review), *Psychological Medicine*, 36, pp. 287-297.

Gilbert, P. (2006b), Old and new ideas on the evolution of mind and psychotherapy, *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 3, pp. 139-153.

Gilbert, P. (2007a), Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship, în P. Gilbert şi R. Leahy (eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*, Londra, Routledge, pp. 106-142.

Gilbert, P. (2007b), The Evolution of Shame as a Marker for Relationship Security: A Biopsychosocial Approach, în J.L. Tracy, R.W. Robins şi J.P. Tangney (eds.), *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research*, New York, Guilford Press, pp. 283-309.

Gilbert, P. (2009), Evolved minds and compassion focused imgery in depression, în L. Stopa (ed.), *Imagery and the Threatened Self: Perspectives on Mental Imagery in Cognitive Therapy*, Londra, Routledge, pp. 206-231.

Gilbert, P. şi Allan, S. (1998), The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view, *Psychological Medicine*, 28, pp. 584-597.

Gilbert, P., Allan, S., Ball, L. şi Bradshaw, Z. (1996), Overconfidence and personal evaluations of social rank, *British Journal of Medical Psychology*, 69, pp. 59-68.

Gilbert, P., Allan, S., Brough, S., Melley, S. şi Miles J. (2002), Anhedonia and positive affect: Relationship to social rank, defeat and entrapment, *Journal of Affective Disorders*, 71, pp. 141-151.

Gilbert, P. şi Andrews, B. (eds.) (1998), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*, New York, Oxford University Press.

Gilbert, P., Baldwin, M., Irons, C., Baccus, J. şi Palmer, M. (2006), Self-criticism and self- warmth: An imagery study exploring their relation to depression, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, pp. 183-200.

Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden, A., Olsen, K. şi Miles, J.N.V. (2001), An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression, *Psychological Medicine*, 31, pp. 1117-1127.

Gilbert, P., Cheung, M., Irons, C. şi McEwan, K. (2005), An exploration into depression focused and anger focused rumination in relation to

depression in a student population, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, pp. 1-11.

Gilbert, P., Cheung, M., Wright, T., Campey, F. şi Irons, C. (2003), Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame, *Clinical Psychology, and Psychotherapy*, 10, pp. 108-115.

Gilbert, P., Clarke, M., Kempel, S., Miles, J.N.V. şi Irons, C. (2004), Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students, *British Journal of Clinical Psychology*, 43, pp. 31-50.

Gilbert, P. şi Gelsma, C. (1999), Recall of favouritism in relation to psychopathology, *British Journal of Clinical Psychology*, 38, pp. 357-373.

Gilbert, P. şi Gilbert, J. (2003), Entrapment and arrested fight and flight in depression: An exploration using focus groups, *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 76, pp. 173-188.

Gilbert, P., Gilbert, J. şi Irons, C. (2004), Life events, entrapments and arrested anger in depression, *Journal of Affective Disorders*, 79, pp. 149-160.

Gilbert, P., Hughes, W. şi Dryden, W. (1989), The therapist as the crucial variable in psychotherapy, în W. Dryden şi L. Spurling (eds.), *On Becoming a Psychotherapist*, Londra, Routledge, pp. 3-13.

Gilbert, P. şi Irons, C. (2004), A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people, *Memory*, 12, pp. 507-516.

Gilbert, P. şi Irons, C. (2005), Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking, în P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, Londra, Brunner-Routledge, pp. 263-325.

Gilbert, P. şi Leahy, R. (eds.) (2007), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*, Londra, Routledge.

Gilbert, P. şi McGuire, M. (1998), Shame, social roles and status: The psycho-biological continuum from monkey to human, în P. Gilbert şi B. Andrews (eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*, New York, Oxford University Press, pp. 99-125.

Gilbert, P. şi Miles, J. (2000), Sensitivity to put down: Its relationship to perceptions of shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame, *Personality and Individual Differences*, 29, pp. 757-774.

Gilbert, P. şi Miles, J. (eds.) (2002), *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*, Hove, Brunner-Routledge.

Gilbert, P., Price, J.S. şi Allan, S. (1995), Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related?, *New Ideas in Psychology*, 13, pp. 149-165.

Gilbert, P. şi Procter, S. (2006), Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, pp. 353-379.

Giles, D., Jarrett, R., Biggs, M., Guzick, D. şi Rush, J. (1989), Clinical predictors of reoccurrence in depression, *American Journal of Psychiatry*, 146, pp. 764-767.

Gilmore, D.D. (1990), *Manhood in the Making: Cultural Concepts of Masculinity*, New Haven, CT: Yale University Press.

Glaser, A. (2005), *A Call to Compassion: Bringing Buddhist Practices of the Heart into the Soul of Psychotherapy*, Berwick, ME, Nicolas-Hays.

Goldstein, A.P. şi Michaels, G.Y. (1985), *Empathy: Development, Training and Consequences*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Goodman, S.H. (2002), Depression and early life adverse experiences, în I.H. Gotlib şi C.L. Hammen (eds.), *Handbook of Depression*, New York, Guilford Press, pp. 245-267.

Gotlib, I.H. şi Colby, C.A. (1987), *Treatment of Depression: An Interpersonal Systems Approach*, New York: Pergamon Press.

Gotlib, I.H. şi Hammen, C.L. (eds.) (2002), *Handbook of Depression*, New York: Guilford Press.

Goudsmit, F.M. şi Gadd, R. (1991), All in the mind? The psychologisation of illness, *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 4, pp. 449-453.

Gray, J.A. (1979), *Pavlov*, Londra, Fontana.

Gray, J.A. (1987), *The Psychology of Fear and Stress*, ed. a II-a, Londra, Weidenfeld and Nicolson.

Greenberg, D. şi Padesky, C. (1995), *Mind Over Mood*, New York, Guilford Press.

Greenberg, L.S. (1979), Resolving splits: Use of the two-chair technique, *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 16, pp. 316-324.

Greenberg, L.S. (2002), Evolutionary perspectives on emotions: Making sense of what we feel, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16, pp. 331-347.

Greenberg, L.S. (2007), Emotion in the therapeutic relationship in emotion focused therapy, în P. Gilbert şi R. Leahy (eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*, Londra, Routledge, pp. 43-62.

Greenberg, L.S., Elliott, R.K. şi Foerster, F.S. (1990), Experiential processes in the psychotherapeutic treatment of depression, în C.D. McCaan şi N.S. Endler (eds.), *Depression: New Directions in Theory, Research and Practice*, Toronto, Wall and Emerson, pp. 157-185.

Greenberg, L.S., Rice, L.N. şi Elliott, R. (1993), *Facilitating Emotional Change: The Moment- by-Moment Process*, New York, Guilford Press.

Greenberg, L.S. şi Safran, J.I. (1987), *Emotion in Psychotherapy*, New York, Guilford Press.

Greenberg, L.S. şi Watson, J.C. (2006), *Emotion Focused Therapy for Depression*, Washington, DC, American Psychological Association.

Grollman, E.A. (1988), *Suicide : Prevention, Intervention and Postintervention*, ed. a II-a, Boston, Beacon Press.

Guidano, V.F. şi Liotti, G. (1983), *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, New York, Guilford Press.

Gut, E. (1989), *Productive and Unproductive Depression : Success or Failure of a Vital Process*, Londra, Routledge and Kegan Paul.

Hackmann, A. (1997), The transformation of meaning in cognitive therapy, în M. Power şi C. Brewin (eds.), *The Transformation of Meaning in Psychological Therapies*, Chichester, Wiley, pp. 125-140.

Hackmann, A. (2005), Compassionate imagery in the treatment of early memories in axis I anxiety disorders, în P. Gilbert (ed.), *Compassion : Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, Londra, Brunner-Routledge, pp. 352-368.

Haidt, J. (2001), The emotional dog and its rational tail : A social intuitionist approach to moral judgment, *Psychological Review*, 108, pp. 814-834.

Hammen, C., Henry, R. şi Daley, S.E. (2000), Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity, *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, pp. 782-787.

Hanh, T.N. (1991), *The Miracle of Mindfulness*, Londra, Rider.

Hankin, B.L. şi Abramson, L.Y. (2001), Development of gender differences in depression : An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory, *Psychological Bulletin*, 127, pp. 773-796.

Hardy, G., Cahill, J. şi Barkham, M. (2007), Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change : A research perspective, în P. Gilbert şi R. Leahy (eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*, Londra, Routledge, pp. 24-42.

Harper, L.V. (2005), Epigenetic inheritance and the intergenerational transfer of experience, *Psychological Bulletin*, 131, pp. 340-360.

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. şi Shafran, R. (2004), *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders : A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*, Oxford, Oxford University Press.

Hassin, R.R., Uleman, J.S. şi Bargh, J.A. (2005), *The New Unconscious*, New York, Oxford University Press.

Hawker, D.S. şi Boulton, M.J. (2000), Twenty years' research on peer victimisation and psychosocial maltreatment : A meta-analytic review of cross-sectional studies, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, pp. 441-455.

Hawton, K. (1987), Assessment of suicide risk, *British Journal of Psychiatry*, 150, pp. 145-153.

Hawton, K. şi Catalan, J. (1987), *Attempted Suicide : A Practical Guide to its Nature and Management*, Oxford, Oxford University Press.

Hayes, S.C., Follette, V.M. şi Linehan, M.N. (2004), *Mindfulness and Acceptance : Expanding the Cognitive Behavioral Tradition*, New York, Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. şi Wilson, K.G. (2004), *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*, New York, Guilford Press.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. şi Strosahl, K. (1996), Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional approach to diagnosis and treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 1152-1168.

Healy, D. (2001), The dilemmas posed by new fashionable treatments, *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, pp. 322-327.

Heard, D.H. şi Lake, B. (1986), The attachment dynamic in adult life, *British Journal of Psychiatry*, 149, pp. 430-438.

Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. şi Ehlert, U. (2003), Social support and oxytocin interact to suppress Cortisol and subjective response to psychosocial stress, *Biological Psychiatry*, 54, pp. 1389-1398.

Higley, J.D., Mehlman, P.T., Higley, S., Fremald, B., Vickers, J., Lindell, S.G., Taub, D.M., Suomi, S.J. şi Linnoila, M. (1996), Excessive mortality in young free-ranging male nonhuman primates with low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentrations, *Archives of General Psychiatry*, 53, pp. 537-543.

Hobfoll, S.E. (1989), Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress, *American Psychologist*, 44, pp. 513-524.

Hofer, M.A. (1994), Early relationships as regulators of infant physiology and behavior, *Acta Paediatiricia Supplement*, 397, pp. 9-18.

Hollon, S.D., DeRubeis, R.J. şi Seligman, M.E.P. (1992), Cognitive therapy and the prevention of depression, *Applied and Preventative Psychology*, 1, pp. 89-95.

Hollon, S.D. şi Kriss, M.R. (1984), Cognitive factors in clinical research and practice, *Clinical Psychology Review*, 4, pp. 35-76.

Holmes, E.A. şi Hackmann, A. (eds.) (2004), Mental Imagery and Memory in Psychopathology. A special issue of *Memory*, 12 (4), Hove, Psychology Press.

Holmes, J. (2001), *The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy*, Londra, Brunner-Routledge.

Honos-Webb, L., Stiles, W.B. şi Greenberg, L.S. (2003), A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, pp. 189-98.

Hooley, T.M. şi Teasdale, J.D. (1989), Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress and perceived criticism, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, pp. 229-35.

Horner, A. (1989), *The Wish for Power and the Fear of Having It*, Northvale, NJ, Jason Aronson.

Iacoviello, B.M., Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Whitehouse, W.G. şi Hogan, M.E. (2006), The course of depression in individuals at high and low

cognitive risk for depression: A prospective study, *Journal of Affective Disorders*, 93, pp. 61-69.

Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M.W., Baccus, J. şi Palmer, M. (2006), Parental recall – attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression, *British Journal of Clinical Psychology*, 45, pp. 297-308.

Ivey, A.E. şi Ivey, M.B. (2003), *Intentional Interviewing and Counselling: Facilitating Client Change in a Multicultural Society*,ed. a V-a, Pacific Grove, CA, Brooks/Cole.

Izard, C.E. (2002), Translating emotion theory and research into preventative interventions, *Psychological Bulletin*, 128, pp. 796-824.

Jack, R.L. şi Williams, J.M.G. (1991), Attribution and intervention in self-poisoning. *British Journal of Medical Psychology*, 64, pp. 345-358.

James, O. (1997), *Britain on the Couch: Why We're Unhappier than We Were in the 1950s – Despite Being Richer: Treating a Lower Serotonin Society*, Londra, Century.

Janoff-Bulman, R. (1979), Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, pp. 1798-1809.

Janoff-Bulman, R. şi Hecker, B. (1988), Depression, vulnerability, and world assumptions, în L.B. Alloy (ed.), *Cognitive Processes in Depression*, New York, Guilford Press, pp. 177-192.

Jehu, D. (1988), *Beyond Childhood Abuse: Therapy for Women Who Were Childhood Victims*, Chichester, Wiley.

Jehu, D. (1989), Mood disturbances among women clients abused in childhood: Prevalence, etiology and treatment, *Journal of Interpersonal Violence*, 4, pp. 164-184.

Kahn, E. (1985), Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison, *American Psychologist*, 40, pp. 893-904.

Kahn, E. (1989), Heinz Kohut and Carl Rogers: Towards a constructive collaboration, *Psychotherapy*, 26, pp. 555-563.

Karasu, T.B. (1990), Toward a clinical model of the psychotherapy for depression, II: An integrative and selective treatment approach, *American Journal of Psychiatry*, 147, pp. 269-278.

Karwoski, L., Garratt, G. şi Ulardi, S.S. (2006), On the integration of cognitive- behavioural therapy for depression and positive psychology, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, pp. 159-170.

Kasper, S. şi Rosenthal, N.E. (1989), Anxiety and depression in seasonal affective disorder, în P.C. Kendall şi D. Watson (eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*, New York, Academic Press.

Kasser, T. (2002), *The High Price of Materialism*, Cambridge, MA, MIT Press.

Katakis, C.D. (1989), Stages of psychotherapy : Progressive reconceptualisation as a self- organizing process, *Psychotherapy*, 26, pp. 484-493.

Katz, K., Shaw, B.F., Vallis, T.M. şi Kaiser, A.S. (1995), The assessment of severity and symptom pattern in depression, în F.E. Beckham şi W.R. Leber (eds.), *Handbook of Depression*, ed. a II-a, New York, Guilford Press, pp. 61-85.

Katzow, A.W. şi Safran, J.D. (2007), Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance, în P. Gilbert şi R. Leahy (eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*, Londra, Routledge.

Kaufman, G. (1989), *The Psychology of Shame*, New York, Springer.

Kegan, R. (1982), *The Evolving Self: Problem and Process in Human Development*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N. *et al.* (2000), A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and their combination for the treatment of chronic depression, *New England Journal of Medicine*, 32 (342), pp. 1462-1470.

Keller, M.C. şi Nesse, R.M. (2005), Subtypes of low mood provide evidence of its adaptive significance, *Journal of Affective Disorders*, 86, pp. 27-35.

Keller, M.C. şi Nesse, R.M. (2006), Significance of depressive symptoms : Different adverse situations lead to different depressive symptom patterns, *Journal of Personality and Social Psychology*, 91 (2), pp. 316-330.

Kelly, G. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, New York, W.W. Norton.

Keltner, D., Gruenfeld, D.H. şi Anderson, C. (2003), Power, approach and inhibition, *Psychological Review*, 110, pp. 265-284.

Keltner, D. şi Harker, L.A. (1998), The forms and functions of the nonverbal signal of shame, în P. Gilbert şi B. Andrews (eds.), *Shame : Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*, New York, Oxford University Press, pp. 78-98.

Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner C.O. şi Prescott, C.A. (2003), Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety, *Archives of General Psychiatry*, 60, pp. 789-796.

Kessler, R.C. şi Magee, W. (1993), Childhood adversities and adult depression : Basic patterns of association in a US national survey, *Psychological Medicine*, 23, pp. 679-690.

Kirschenbaum, H. şi Jourdan, A. (2005), The current status of Carl Rogers and the person- centred approach, *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 42, pp. 37-51.

Klein, D.N., Santiago, N.J., Dina, V. *et al.* (2004), Cognitive-behavioural analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment of chronic depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, pp. 581-688.

Klerman, G.L. (1988), The current age of youthful melancholia: Evidence for increase in depression among adolescents and young adults, *British Journal of Psychiatry*, 152, pp. 4-14.

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. şi Chevon, E.S. (1984), *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, New York, Basic Books.

Klinger, E. (1975), Consequences and commitment to aid disengagement from incentives, *Psychological Review*, 82, pp. 1-24.

Klinger, E. (1993), Loss of interest, în C.G. Costello (ed.), *Symptoms of Depression*, New York, J. Wiley, pp. 43-62.

Kohut, H. (1971), *The Analysis of the Self*, New York, International Universities Press.

Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*, New York, International Universities Press.

Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., Sher, S. şi Etzion-Carasso, A. (2002), Mothers' insightfulness regarding their infants' internal experience: Relations with maternal sensitivity and infant attachment, *Developmental Psychology*, 38, pp. 534-542.

Kuehlwein, K.T. şi Rosen, H. (1993), *Cognitive Therapies in Action: Evolving Innovative Practice*, San Francisco, Jossey-Bass.

Kumashiro, M. şi Sedikides, C. (2005), Taking on board liability-focused information: Close positive relationship as a self-bolstering resource, *Psychological Science*, 16, pp. 732-739.

Laidlaw, K. (2004), Depression in older adults, în M. Power (ed.), *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*, Chichester, Wiley and Sons, pp. 337-351.

Lazarus, A. (2000), Mutlimodal replenishment, *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, pp. 93-94.

Lazarus, R.S. (1994), *Coping and the Self-Management of Emotion*, New York, Oxford University Press.

Lazarus, R.S. (1999), *Stress and Emotion: A New Synthesis*, Londra, Free Association Press.

Leahy, R.L. (2001), *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*, New York, Guilford Press.

Leahy, R.L. (2002), A model of emotional schemas, *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, pp. 177-190.

Leahy, R.L. (ed.) (2004), *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for Change*, New York, Guilford Press.

Leahy, R.L. (2005), A social-cognitive model of validation, în P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, Londra, Brunner- Routledge, pp. 195-217.

Leahy, R.L. (2007), Schematic mismatch in the therapeutic relationship: A social-cognitive model, în P. Gilbert şi R. Leahy (eds.), *The Therapeutic*

Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies, Londra, Routledge, pp. 229-254.

Leahy, R.L. şi Holland, S.J. (2000), *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, New York, Guilford Press.

Leary, M.R. (1995), *Self-Presentation : Impression Management and Interpersonal Behavior*, Madison, WI, Brown and Benchmark.

Leary, M.R., Tambor, E.S., Terdal, S.K. şi Downs, D.L. (1995), Self-esteem as an interpersonal monitor : The sociometer hypothesis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, pp. 519-530.

Leary, M.R. şi Tangney, J.P (eds.) (2003), *Handbook of Self and Identity*, New York, Guilford Press, pp. 367-383.

LeDoux, J. (1998), *The Emotional Brain*, Londra, Weidenfeld and Nicolson.

Lee, D.A. (2005), The perfect nurturer : A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy, în P. Gilbert (ed.), *Compassion : Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, Londra, Brunner-Routledge, pp. 326-351.

Lee, D.A., Scragg, P. şi Turner, S.W. (2001), The role of shame and guilt in reactions to traumatic events : A clinical formulation of shame-based and guilt-based PTSD, *British Journal of Medical Psychology*, 74, pp. 451-466.

Leighton, T.D. (2003), *Faces of Compassion : Classic Bodhisattva Archetypes and Their Modern Expression*, Boston, Wisdom Publications.

Lerner, J.S. şi Keltner, D. (2001), Fear, anger and risk, *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, pp. 146-159.

Levitan, R., Hasey, G. şi Sloman, L. (2000), Major depression and the involuntary defeat strategy : Biological correlates, în L. Sloman şi P. Gilbert, (eds.), *Subordination and Defeat : An Evolutionary Approach to Mood Disorders and Their Therapy*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, pp. 95-114.

Lewis, M. (1992), *Shame : The Exposed Self*, New York, The Free Press.

Lewis, M. (2003), The role of the self in shame, *Social Research : An International Quarterly of the Social Sciences*, 70, pp. 1181-1204.

Linden, D.E.J. (2006), How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging, *Molecular Psychiatry*, 11, pp. 528-538.

Lindisfarne, N. (1998), Gender, shame, and culture : An anthropological perspective, în P. Gilbert şi B. Andrews (eds.), *Shame : Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*, New York, Oxford University Press, pp. 246-260.

Lindsay-Hartz, J., de Rivera, J. şi Mascolo, M.F. (1995), Differentiating guilt and shame and their effects on motivations, în J.P. Tangney şi K.W. Fischer (eds.), *Self-Conscious Emotions : The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment and Pride*, New York, Guilford Press, pp. 274-300.

Linehan, M. (1993), *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, Guilford Press.

Liotti, G. (1988), Attachment and cognition: A guide for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive therapy, în C. Perris, L.M. Blackburn şi H. Perris (eds.), *Handbook of Cognitive Psychotherapy*, New York, Springer.

Liotti, G. (2000), Disorganised attachment, models of borderline states and evolutionary psychotherapy, în P. Gilbert şi B. Bailey (eds.), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, Hove, Brunner-Routledge, pp. 232-256.

Liotti, G. (2002), The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: A cognitive evolutionary approach, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16, pp. 349-365.

Liotti, G. (2007), Internal models of attachment in the therapeutic relationship, în P. Gilbert şi R. Leahy (eds.), *The Therapeutic Relationship in the Coginitve Behavioural Psychotherapies*, Londra, Routledge, pp. 143-161.

Lock, A. (1999), On the recent origin of symbolically-mediated language and its implications for psychological science, în M.C. Coballis şi M.E.G. Lea (eds.), *The Descent of Mind: Psychological Perspectives on Humanoid Evolution*, New York, Oxford University Press, pp. 324-355.

Loewenstein, G.F., Weber E.U., Hsee, C.K. şi Welsch, N. (2001), Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127, pp. 267-286.

Lovibond, P.F. şi Lovibond, S.H. (1995), The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories, *Behaviour Research and Therapy*, 33, pp. 335-343.

Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R. şi Linehan, M.M. (2006), Mechanism of change in dialectical behaviour therapy, *Journal of Clinical Psychology*, 62, pp. 459-480.

MacDonald, G. şi Leary, M.R. (2005), Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain, *Psychological Bulletin*, 131, pp. 202-223.

MacDonald, K. (1992), Warmth as a developmental construct: An evolutionary analysis, *Child Development*, 63, pp. 753-773.

MacLean, P. (1985), Brain evolution relating to family, play and the separation call, *Archives of General Psychiatry*, 42, pp. 405-417.

MacLeod, A.K. (2004), Suicide and attempted suicide, în M. Power (ed.), *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*, Chichester, Wiley and Sons, pp. 319-335.

Mahoney, M.J. (2003), *Constructivist Psychotherapy: A Practical Guide*, New York, Guilford Press.

Mahoney, M.J. şi Gabriel, T.J. (1987), Psychotherapy and cognitive science, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, pp. 39-60.

Malik, K. (2000), *Man, Beast and Zombie: What Science Can and Cannot Tell about Human Nature*, Londra, Weidenfeld and Nicolson.

Malle, B.F. şi Hodges, S.D. (eds.) (2005), *Other Minds : How Humans Bridge the Divide Between Self and Others*, New York, Guilford Press.

Margulies, A. (1984), Toward empathy : The uses of wonder, *American Journal of Psychiatry*, 141, pp. 1025-1033.

Markowitz, J.C. (2004), Interpersonal psychotherapy of depression, în M. Power (ed.), *Mood Disorders : A Handbook of Science and Practice*, Chichester, Wiley and Sons, pp. 183-200.

Markowitz, J.C. şi Weissman, M.M. (1995), Interpersonal psychotherapy, în F.E. Beckham şi W.R. Leber (eds.), *Handbook of Depression*, ed. a II-a, New York, Guilford Press, pp. 376-390.

Marks, I.M. (1987), *Fears, Phobias, and Rituals : Panic, Anxiety and their Disorders*, Oxford, Oxford University Press.

Marra, T. (2003), *The Dialectical Behavior Therapy Workbook for Overcoming Depression and Anxiety*, Oakland, CA, New Harbinger Publications.

Martell, C.R., Addis, M.E. şi Jacobson, N.S. (2001), *Depression in Context : Strategies for Guided Action*, New York, W.W. Norton.

Martin, Y., Gilbert, P., McEwan, K. şi Irons, C. (2006), The relation of entrapment, shame and guilt to depression, in carers of people with dementia, *Aging and Mental Health*, 10, pp. 101-106.

Masten, A.S. (2001), Ordinary magic : Resilience processes in development, *American Psychologist*, 56, pp. 227-238.

McCann, I.L., Sakheim, D.K. şi Abrahamson, D.J. (1988), Trauma and victimization : A model of psychological adaptation, *The Counselling Psychologist*, 16, pp. 531-594.

McCullough, J.P. Jr (2000), *Treatment for Chronic Depression : Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*, New York, Guilford Press.

McCullough, M.E., Worthington, E.L. Jr. şi Rachal, K.C. (1997), Interpersonal forgiving in close relationships, *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, pp. 321-336.

McGregor, I. şi Marigold, D.C. (2003), Defensive zeal and the uncertain self : What makes you so sure?, *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, pp. 838-852.

McGuire, M.T. şi Troisi, A. (1998a), *Darwinian Psychiatry*, New York, Oxford University Press.

McGuire, M.T. şi Troisi, A. (1998b), Prevalence differences in depression among males and females : Are there evolutionary explanations?, *British Journal of Medical Psychology*, 71, pp. 479-492.

McKay, M. şi Fanning, P. (1992), *Self-Esteem : A Proven Program of Cognitive Techniques for Assessing, Improving, and Maintaining Your Self-Esteem*, ed. a II-a, Oakland, CA, New Harbinger Publishers.

Melzer, D., Fryers, T. şi Jenkins, R. (2004), *Social Inequalities and the Distribution of the Common Mental Disorders*, Hove, The Psychology Press.

Mikulincer, M. şi Shaver, P.R. (2004), Security-based self-representations in adulthood: Contents and processes, în N.S. Rholes şi J.A. Simpson (eds.), *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications*, New York, Guilford Press, pp. 159-195.

Mikulincer, M. şi Shaver, P.R. (2005), Mental representations of attachment security: Theoretical foundations for a positive social psychology, în M.W. Baldwin (ed.), *Interpersonal Cognition*, New York, Guilford Press, pp. 233-266.

Miller, I.J. (1989), The therapeutic empathic communication (TEC) process, *American Journal of Psychotherapy*, 43, pp. 531-545.

Miller, S.B. (1996), *Shame in Context*, Hillsdale, NJ, The Analytic Press.

Milne, D.L. (1999), *Social Therapy: A Guide to Social Supportive Interventions for Mental Health Practitioners*, Chichester, Wiley.

Miranda, R. şi Anderson, S. (2007), The therapeutic relationship: Implications from social cognition and transference, în P. Gilbert şi R. Leahy (eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*, Londra, Routledge, pp. 63-89.

Mithen, S. (1996), *The Prehistory of the Mind: A Search for the Origins of Art and Religion*, Londra, Thames and Hudson.

Moldofsky, H. şi Dickstein, J.B. (1999), Sleep and cytokine-immune functions in medical, psychiatric and primary sleep disorders, *Sleep Medicine Reviews*, 3, pp. 325-337.

Monroe, S.M. şi Harkness, K.L. (2005), Life stress, the 'kindling' hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective, *Psychological Review*, 112, pp. 417-445.

Moretti, M.M., Higgins, E.T. şi Feldman, L.A. (1990), The self-system in depression: Conceptualization and treatment, în C.D. McCarn şi N.S. Endler (eds.), *Depression: New Directions in Theory, Research and Practice*, Toronto, Wall and Emerson.

Morgan S.P. (2005), Depression: Turning towards life, în C.K. Germer, R.D. Siegel şi P.R. Fulton (eds.), *Mindfulness and Psychotherapy*, New York, Guilford Press, pp. 130-151.

Morrison, A.P. (1984), Shame and the psychology of the self, în P.E. Stepansky şi A. Goldberg (eds.), *Kohut's Legacy: Contributions to Self Psychology*, New York, Analytic Press/Lawrence Erlbaum Associates.

Morriss, R.K. şi Morriss, E.E. (2000), Contextual evaluation of social adversity in the management of depressive disorder, *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, pp. 423-431.

Murphy, H.B.M. (1978), The advent of guilt feelings as a common depressive symptom: A historical comparison on two continents, *Psychiatry*, 41, pp. 229-242.

Murphy, J.M., Nierenberg, A.A., Monson, R.R., Laird, N.M., Sobol, A.M. şi Leighton, A.H. (2002), Self-disparagement as a feature and forerunner

of depression: Findings from the Stirling County study, *Comprehensive Psychiatry*, 43, pp. 13-21.

Murray, S.L., Griffin, D.W., Rose, P. şi Bellavia, G. (2006), For better or worse? Self-esteem and the contingencies of acceptance in marriage, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, pp. 866-880.

Nassbaum, M.C. (2003), *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*, Cambridge: Cambridge University Press.

Nathanson, D.L. (ed.) (1987), *The Many Faces of Shame*, New York, Guilford Press.

Neff, K.D. (2003a), Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself, *Self and Identity*, 2, pp. 85-102.

Neff, K.D. (2003b), The development and validation of a scale to measure self-compassion, *Self and Identity*, 2, pp. 223-250.

Neff, K.D., Kirkpatrick, K.L. şi Rude, S.S. (2007), Self-compassion and adaptive psychological functioning, *Journal of Personality*, 41, pp. 139-154.

Nesse, R.M. (1990), Evolutionary explanations of emotions, *Human Nature*, 1, pp. 261-289.

Nesse, R.M. (1998), Emotional disorders in evolutionary perspective, *British Journal of Medical Psychology*, 71, pp. 397-416.

Nesse, R.M. (2000), Is depression an adaptation?, *Archives of General Psychiatry*, 57, pp. 14-20.

Nesse, R.M. şi Jackson, E.D. (2006), Evolution: Psychiatry's nosology's missing biological foundation, *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 3, pp. 121-131.

Nesse, R.M. şi Williams, G.C. (1995), *Evolution and Healing*, Londra, Weidenfeld and Nicolson.

Nezu, A.M., Nezu, C.M., McClure, K.S. şi Zwick, M.L. (2002), Assessment of depression, în I.H. Gotlib şi C.L. Hammen (eds.), *Handbook of Depression*, New York, Guilford Press, pp. 62-85.

NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2004), *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*, Londra, National Institute for Clinical Excellence.

Nickerson, R.S. (1999), How we know – and sometimes misjudge – what others know: Inputting one's own knowledge to others, *Psychological Bulletin*, 125, pp. 737-759.

Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O. şi Steele, K. (2002), The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders, în H. D'haenen, J.A. van de Boer şi P. Willner (eds.), *Biological Psychiatry*, Chichester, J. Wiley and Sons, pp. 1-19.

Nolen-Hoeksema, S. şi Davis, C.G. (1999), 'Thanks for sharing that': Ruminators and their social support networks, *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, pp. 801-814.

Nolen-Hoeksema, S., Grayson, C. şi Larson, J. (1999), Explaining the gender difference in depressive symptoms, *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, pp. 1061-1072.

Nolen-Hoeksema, S., Marrow, J. şi Fredrickson, B.L. (1993), Response styles and the duration of episodes of depressed mood, *Journal of Abnormal Psychology*, 102, pp. 20-28.

Norcross, J.C. (2002), *Psychotherapy Relationships that Work*, New York, Oxford University Press.

Numeroff, C.B. (1998), The neurobiology of depression, *Scientific American*, iunie, pp. 28-35.

O'Connell, S. (1997), *Mind Reading: How We Learn To Love and Lie*, Londra, Arrow Books.

O'Connor, L.E. (2000), Pathogenic beliefs and guilt in human evolution: Implications for psychotherapy în P. Gilbert şi K.G. Bailey (eds.), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, Hove, Brunner-Routledge, pp. 276-303.

Ogilvie, D.M. (1987), The undesired self: A neglected variable in personality research, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 379-388.

Ornstein, R. (1986), *Multimind: A New Way of Looking at Human Beings*, Londra, Macmillan.

Osherson, S. şi Krugman, S. (1990), Men, shame, and psychotherapy, *Psychotherapy*, 27, pp. 327-339.

Ostler, K., Thompson, C., Kinmonth, A.L.K., Peveler, R.C., Stevens, L. şi Stevens, A. (2001), Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: The Hampshire Depression Project, *British Journal of Psychiatry*, 178, pp. 12-17.

Padesky, C. şi Greenberg, D. (1995), *Clinicians' Guide to Mind over Mood*, New York, Guilford Press.

Panksepp, J. (1998), *Affective Neuroscience*, New York, Oxford University Press.

Panskepp, K. (2005), Why does separation distress hurt? Comment on MacDonald and Leary (2005), *Psychological Bulletin*, 131, pp. 224-230.

Parkinson, B., Totterdell, P., Brinder, R. şi Reynolds, S. (1996), *Changing Moods: The Psychology of Mood and Mood Regulation*, Londra, Longman.

Parrott, W.G. şi Smith, R.H. (1993), Distinguishing the experiences of envy and jealousy, *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, pp. 906-920.

Paykel, E. (1989), The background: Extent and nature of the disorder, în K. Herst şi E. Paykel (eds.), *Depression: An Integrative Approach*, Oxford, Heinemann Medical Books.

Peck, D. (2004), Current approaches to the assessment of depression, în M. Power (ed.), *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*, Chichester, Wiley and Sons, pp. 307-317.

Pennebaker, J.W. (1988), Confiding traumatic experiences and health, în S. Fisher şi J. Reason (eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, Chichester, Wiley and Sons.

Pennebaker, J.W. (1997), *Opening Up : The Healing Power of Expressing Emotions*, New York, Guilford Press.

Pennebaker, J.W. şi Becall, S.K. (1986), Confronting a traumatic event : Toward an understanding of inhibition and disease, *Journal of Abnormal Psychology*, 95, pp. 274-287.

Perrez, M. şi Reicherts, M. (1992), *Stress, Coping and Health : A Situation--Behavior Approach, Theory, Methods and Applications*, Berna, Hogrefe and Huber.

Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.L., Baker, W.L. şi Vigilante, D. (1995), Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use-dependent' development of the brain : How 'states' become 'traits', *Infant Mental Health Journal*, 16, pp. 271-291.

Peterson, C., Maier, S.F. şi Seligman, M.E.P. (1993), *Learned Helplessness : A Theory for the Age of Personal Control*, New York, Oxford University Press.

Peterson, C. şi Seligman, M.E.P. (2004), *Character Strengths and Virtues : A Handbook and Classification*, New York : Oxford University Press.

Pinel, E.C. (1999), Stigma consciousness : The psychological legacy of social stereotypes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, pp. 114-128.

Pope, K.S., Sonne, J.L. şi Greene, B. (2006), *What Therapists Don't Talk About and Why : Understanding Taboos That Hurt us And Our Clients*, Washington DC, American Psychological Association.

Porter, R. (2002), *Madmen : A Social History of Madhouses, Mad-Doctors & Lunatics*, Stroud, Gloucestershire, Tempus.

Posternak, M.A. şi Miller, I. (2001), Untreated short-term course of major depression : A meta-analysis of outcomes from studies using wait-list control groups, *Journal of Affective Disorders*, 66, pp. 139-146.

Posternak, M.A. şi Zimmerman, M. (2002), Partial validation of the atypical features subtype of major depressive disorders, *Archives of General Psychiatry*, 59, pp. 70-76.

Power, M. (ed.) (2004), *Mood Disorders : A Handbook of Science and Practice*, Chichester, Wiley and Sons.

Power, M. şi Dalgleish, T. (1997), *Cognition and Emotions : From Order to Disorder*, Hove, The Psychology Press.

Price, J.S. (1972), Genetic and phylogenetic aspects of mood variation, *International Journal of Mental Health*, 1, pp. 124-144.

Price, J.S. (2000), Subordination, self-esteem and depression, în L. Sloman şi P. Gilbert (eds.), *Subordination and Defeat : An Evolutionary Approach to Mood Disorders and Their Therapy*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, pp. 165-177.

Price, J.S. şi Sloman, L. (1987), Depression as yielding behaviour: An animal model based on Schjelderup-Ebb's pecking order, *Ethology and Sociobiology*, 8 (Suppl.), pp. 85-98.

Price, J.S., Sloman, L., Gardner, R., Gilbert, P. şi Rohde, P. (1994), The social competition hypothesis of depression, *British Journal of Psychiatry*, 164, pp. 309-315.

Prince, S.F. şi Jacobson, N.S. (1995), Couple and family therapy in depression, în F.E. Beckham şi W.R. Leber (eds.), *Handbook of Depression*, ed. a II-a, New York, Guilford Press, pp. 404-424.

Pyszczynski, T. şi Greenberg, J. (1987), Self-regulatory preservation and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression, *Psychological Bulletin*, 102, pp. 122-138.

Rector, N.A., Bagby, R.M., Segal, Z.V., Joffe, R.T. şi Levitt, A. (2000), Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy, *Cognitive Therapy and Research*, 24, pp. 571-584.

Rehm, L.P. (1988), Self-management and cognitive processes in depression, în L.B. Alloy (ed.), *Cognitive Processes in Depression*, New York, Guilford Press, pp. 143-176.

Rein, G., Atkinson, M. şi McCraty, R. (1995), The physiological and psychological effects of compassion and anger, *Journal for the Advancement of Medicine*, 8, pp. 87-105.

Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Paans, A.M.J., Korf, J., Willemsen, A.T.M. şi den Boer, J.A. (2003), One brain, two selves, *NeuroImage*, 20, pp. 2119-2125.

Reite, M. şi Field, T. (1985), *The Psychobiology of Attachment and Separation*, New York, Academic Press.

Reynolds, M. şi Brewin, C.R. (1999), Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder, *Behavior Research and Therapy*, 37, pp. 201-215.

Riley, W.T., Treiber, F.A. şi Woods, M.G. (1989), Anger and hostility in depression, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, pp. 668-674.

Ringu Tilku Rînpoche şi Mullen, K. (2005), The Buddhist use of compassionate imagery in Buddhist mediation, în P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, Londra, Brunner-Routledge, pp. 218-238.

Riskin, J.H. (2006), Links between cognitive-behavioral hope-building and positive psychology: Applications to a psychotic patient, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, pp. 171-182.

Rogers, C. (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic change, *Journal of Consulting Psychology*, 21, pp. 95-103.

Rohner, R.P. (1986), *The Warmth Dimension: Foundations of Parental Acceptance-Rejection Theory*, Beverly Hills, CA, Sage.

Rohner, R.P. (2004), The parent 'acceptance-rejection syndrome' : Universal correlates of perceived rejection, *American Psychologist*, 59, pp. 830-840.

Rosen, H. (1989), Piagetian theory and cognitive therapy, în C. Freeman şi P. Tyrer (eds.), *Research Methods in Psychiatry : A Beginner's Guide*, Londra, Gaskell/The Royal College of Psychiatrists.

Rosen, J.B. şi Schulkin, J. (1998), From normal fear to pathological anxiety, *Psychological Bulletin*, 105, pp. 325-350.

Rottenberg, J. şi Gotlib, I.H. (2004), Socioemotional functioning in depression, în M. Power (ed.), *Mood Disorders : A Handbook of Science and Practice*, Chichester, Wiley and Sons, pp. 61-77.

Russell, G.A. (1985), Narcissism and narcissistic personality disorder: A comparison of the theories of Kernberg and Kohut, *British Journal of Medical Psychology*, 58, pp. 137-148.

Ryle, A. (1990), *Cognitive-Analytic Therapy : Active Participation in Change*, Chichester, Wiley.

Sacco, W.P. şi Beck, A.T. (1995), Cognitive theory and therapy, în F.E. Beckham şi W.R. Leber (eds.), *Handbook of Depression*, ed. a II-a, New York, Guilford Press, pp. 329-351.

Safran, J.D. (1998), *Widening the Scope of Cognitive Therapy : The Therapeutic Relationship, Emotion, and the Process of Change*, San Francisco, Jossey-Bass.

Safran, J.D. şi Segal, Z.V. (1990), *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*, New York, Basic Books.

Salkovskis, P.M. (1996a), The cognitive approach to anxiety : Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions, în P.M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*, New York, Guilford Press, pp. 48-74.

Salkovskis, P.M. (1996b), Avoidance behavior is motivated by threat beliefs : A possible resolution of the cognitive behavioural debate, în P.M. Salkovskis (ed.), *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*, Chichester, Wiley, pp. 25-42.

Salzberg, S. (1995), *Loving-Kindness : The Revolutionary Art of Happiness*, Boston, Shambhala.

Santor, D. şi Walker, J. (1999), Garnering the interests of others : Mediating the effects among physical attractiveness, self-worth and dominance, *British Journal of Social Psychology*, 38, pp. 461-477.

Santor, D. şi Zuroff, D. (1997), Interpersonal responses to threats to status and interpersonal relatedness : Effects of dependency and self-criticism, *British Journal of Clinical Psychology*, 36, pp. 521-541.

Sapolsky, R.M. (1989), Hypercortisolism among socially subordinate wild baboons originates at the CNS level, *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 1047-1051.

Sapolsky, R.M. (1994), *Why Zebras Don't Get Ulcers : An Updated Guide to Stress, Stress-Related Disease, and Coping*, New York, Freeman.

Sapolsky, R.M. (2000), Glucocorticoids and hippocampus atrophy in neuropsychiatric disorders, *Archives of General Psychiatry*, 57, pp. 925-935.

Schore, A.N. (1991), Early superego development: The emergence of shame and narcissistic affect regulation in the practising period, *Psychoanalysis and Contemporary Thought: A Quarterly of Integrative and Interdisciplinary Studies*, 14, pp. 187-250.

Schore, A.N. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Schore, A.N. (1998), Early shame experiences and infant brain development, în P. Gilbert şi B. Andrews (eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*, New York, Oxford University Press, pp. 57-77.

Schore, A.N. (2001), The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22, pp. 201-269.

Schwartz, J.M. şi Begley, S. (2002), *The Mind and the Brain: Neuroplasticity and the Power of Mental Force*, New York, Regan Books.

Scott, J. (1988), Chronic depression, *British Journal of Psychiatry*, 153, pp. 287-297.

Scott, J.C. (1990), *Domination and the Arts of Resistance*, New Haven, CT, Yale University Press.

Segal, Z.V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R. şi Buis, T. (2006), Cognitive reactivity to sad provocation and the prediction of depressive relapse, *Archives of General Psychiatry*, 63, pp. 749-755.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. şi Teasdale, J. (2002), *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, New York, Guilford Press.

Segrin, C. şi Abramson, L.Y. (1994), Negative reactions to depressive behaviours: A communication theories analysis, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, pp. 655-668.

Seligman, M.E.P. (1975), *Helplessness: On Depression, Development and Death*, San Francisco, Freeman.

Shahar, G., Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Kupermine, G.P. şi Leadbeater, B.J. (2004), Reciprocal relationship between depressive symptoms and self-criticism (but not dependency) among early adolescent girls (but not boys), *Cognitive Therapy and Research*, 28, pp. 85-103.

Shahar, G., Henrich, C.C., Blatt, S.J., Ryan, R. şi Little, T.D. (2003), Interpersonal relatedness, self-definition and their motivational orientation during adolescence: A theoretical and empirical integration, *Developmental Psychology*, 39, pp. 470-483.

Shapiro, S.L., Astin, J.A., Bishop, S.R. şi Cordova, M. (2005), Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a

randomised control trial, *International Journal of Stress Management*, 12, pp. 164-176.

Sharhabani-Arzy, R., Amir, M. şi Swisa, A. (2005), Self-criticism, dependency and posttraumatic stress disorder among a female group of help-seeking victims of domestic violence, *Personality and Individual Differences*, 38, pp. 1231-1240.

Sholomskas, D.E. (1990), Interviewing methods, în B.B. Wolman şi G. Strieker (eds.), *Depressive Disorders: Facts, Theories and Treatment Methods*, New York, Wiley.

Siegel, D.J. (2001), Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, 'mindsight' and neural integration, *Infant Mental Health Journal*, 22, pp. 67-94.

Siegle, G., Carter, C.S. şi Thase, M.E. (2006), Use of fMRI to predict recovery from unipolar depression with cognitive behaviour therapy, *American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 735-738.

Singer, J.L. (2006), *Imagery in Psychotherapy*, Washington DC, American Psychological Association.

Skovholt, T.M. şi Ronnestad, M.H. (1992), *The Evolving Professional Self: Stages and Themes in Therapist and Counsellor Development*, Chichester, Wiley.

Sloman, L. (2000), The syndrome of rejection sensitivity: An evolutionary perspective, în P. Gilbert şi K. Bailey (eds.), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, Hove, Brunner-Routledge, pp. 257-275.

Sloman, L. şi Gilbert, P. (eds.) (2000), *Subordination and Defeat: An Evolutionary Approach to Mood Disorders*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, pp. 3-46.

Sloman, L., Gilbert, P. şi Hasey, G. (2003), Evolved mechanisms in depression: The role and interaction of attachment and social rank in depression, *Journal of Affective Disorders*, 74, pp. 107-121.

Smith, PK. şi Trope, Y. (2006), You focus on the forest when you're in charge of the trees: Power priming and abstract information processing, *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, pp. 578-596.

Smith, R.H. şi Kim, S.H. (2007), Comprehending envy, *Psychological Bulletin*, 133, pp. 46-64.

Smith, R.H., Parrott, W.G., Ozer, D. şi Moniz, A. (1994), Subjective injustice and inferiority predictors of hostile and depressive feelings in envy, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, pp. 705-711.

Snyder, C.R. şi Ingram, R.E. (2006), Special issue on positive psychology, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, pp. 115-240.

Stern, D.N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, New York, W.W. Norton.

Stiles, W.B., Leach, C. şi Barkham, M. (2003), Early sudden gains in psychotherapy under routine clinical conditions: practiced-based evidence, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, pp. 14-21.

Sturman, E.D. şi Mongrain, M. (2005), Self-criticism and major depression: An evolutionary perspective, *British Journal of Clinical Psychology*, 44, pp. 505-519.

Suddendorf, T. şi Whitten, A. (2001), Mental evolutions and development: Evidence for secondary representation in children, great apes and other animals, *Psychological Bulletin*, 127, pp. 629-650.

Suomi, S.J. (1999), Attachment in rhesus monkeys, în J. Cassidy şi P.R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, New York, Guilford Press, pp. 181-197.

Swallow, S.R. şi Kuiper, N.A. (1988), Social comparison and negative self-evaluation: An application to depression, *Clinical Psychology Revieiv*, 8, pp. 55-76.

Swann, W.B., Rentfrow, P.J. şi Guinn, (2003), Self-verification: The search for coherence, în M.R. Leary şi J.P. Tangney (eds.), *Handbook of Self and Identity*, New York, Guilford Press, pp. 367-383.

Tangney, J.P. şi Dearing, R.L. (2002), *Shame and Guilt*, New York, Guilford Press.

Tangney, J.P. şi Fischer, K.W. (eds.) (1995), *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment and Pride*, New York, Guilford Press.

Tangney, J.P, Wagner, P.E., Barlow, D.H., Marschall, D.E. şi Gramzow, R. (1996), Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan, *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, pp. 797-809.

Tarrier, N. (ed.) (2006), *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases*, Londra, Routledge.

Tarrier, N., Wells, A. şi Haddock, G. (1998), *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach*, Chichester, Wiley.

Taylor, C. (1989), *Sources of the Self: The Making of the Modern Identity*, Cambridge, Cambridge University Press.

Taylor, S.F. şi Brown, J.D. (1988), Illusion and well being: A social psychological perspective on mental health, *Psychological Bulletin*, 103, pp. 193-210.

Taylor, S.E., Way, B.M., Welch, W.T., Hilmert, C.J., Lehman, B.J. şi Eisenberger, N.I. (2006), Early family environment, current adversity, the serotonin transporter promoter polymorphism, and depressive symptomatology, *Biological Psychiatry*, 60, pp. 671-676.

Teasdale, J.D. (1997), The transformation of meaning: The interacting cognitive subsystems approach, în M. Power şi C.R. Brewin (eds.), *The Transformation of Meaning in Psychological Therapies: Integrating Theory and Practice*, Chichester, Wiley, pp. 141-156.

Teasdale, J.D. şi Barnard, P.J. (1993), *Affect, Cognition and Change: Remodelling Depressive Affect*, Hove, Lawrence Erlbaum Associates.

Teasdale, J.D. şi Dent, J. (1987), Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses, *British Journal of Clinical Psychology*, 26, pp. 113-126.

Teicher, M.H. (2002), Scars that won't heal: The neurobiology of the abused child. *Scientific American*, 286 (3), pp. 54-61.

Teicher, M.H., Samson, J.A., Polcari, A. şi McGreenery, C.E. (2006), Sticks and stones and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment, *American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 993-1000.

Thase, M.E. şi Howland, R.H. (1995), Biological processes in depression: An updated review and integration, în F.E. Beckham şi W.R. Leber (eds.), *Handbook of Depression*, ed. a II-a, New York, Guilford Press, pp. 213-279.

Thase, M.E., Jindal, R. şi Howland, R.H. (2002), Biological aspects of depression, în I.H. Gotlib şi C.L. Hammen (eds.), *Handbook of Depression*, New York, Guilford Press, pp. 192-218.

Thwaites, R. şi Freeston, M.H. (2005), Safety-seeking behaviours. Fact or Fiction: How can we clinically differentiate between safety behaviours and additive coping strategies across anxiety disorders, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, pp. 177-188.

Timberlake, W. (1994), Behavior systems, associationism, and pavlovian conditioning, *Psychonomic Bulletin and Review*, 1, pp. 405-420.

Tobena, A., Marks, I. şi Dar, R. (1999), Advantages of bias and prejudice: An exploration of their neurocognitive templates, *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 23, pp. 1047-1058.

Trevarthen, C. şi Aitken, K. (2001), Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, pp. 3-48.

Trower, P., Sherling, G., Beech, J., Horrop, C. şi Gilbert, P. (1998), The socially anxious perspective in face-to-face interaction: An experimental comparison, *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 5, pp. 155-166.

Uvans-Morberg, K. (1998), Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions, *Psychoneuroendocrinology*, 23, pp. 819-835.

Vasile, R.G., Samson, J.A., Bemporad, J., Bloomingdale, K.L., Creasey, D., Fenton, B.T., Gudeman, J.E. şi Schildkratit, J.J. (1987), A biopsychosocial approach to treating patients with affective disorders, *American Journal of Psychiatry*, 144, pp. 341-344.

Verrier, N.N. (1997), *The Primal Wound: Understanding the Adopted Child*, Baltimore, MD, Gateway Press.

Vollm, B.A., Taylor, A.N.W., Richardson, P., Corcoran, R., Stirling, J., McKie, S., Deakin, J.F.W. şi Elliott R. (2006), Neuronal correlates of theory of mind and empathy: A functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task, *Neurolmage*, 29, pp. 90-98.

Vonk, R. (1998), The slime effect: Suspicion and dislike of likeable behavior toward superiors, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, pp. 849-864.

Wang, S. (2005), A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings, în P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, Londra, Brunner-Routledge, pp. 75-120.

Ward, D.E. (1989), Termination of individual counselling: Concepts, în W. Dryden (ed.), *Key Issues for Counselling in Action*, Londra, Sage, pp. 97-110.

Watkins, C.E. (1989a), Transference phenomena in the counselling situation, în W. Dryden (ed.), *Key Issues for Counselling in Action*, Londra, Sage, pp. 73-84.

Watkins, C.E. (1989b), Countertransference: Its impact on the counselling situation, în W. Dryden (ed.), *Key Issues for Counselling in Action*, Londra, Sage, pp. 85-96.

Wearden, A.J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T.R. şi Rahil, A.A. (2000), A review of expressed emotion research in health care, *Clinical Psychology Review*, 5, pp. 633-666.

Weiss, J.M., Demetrikopoulos, M.K., McCurdy, P.M., West, C.H.K. şi Bonsall, R.W. (2000), Depression seen through an animal model: An expanded hypothesis of pathophysiology and improved models, în R.J. Davidson (ed.), *Anxiety, Depression and Emotion*, New York, Oxford University Press, pp. 3-35.

Weissenburger, J.E. şi Rush, A.J. (1996), Biology and cognitions in depression: Does the mind know what the brain is doing?, în P.M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*, New York, Guilford Press, pp. 114-134.

Wells, A. (2000), *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*, Chichester, Wiley.

Whelton, W.J. şi Greenberg, L.S. (2005), Emotion in self-criticism, *Personality and Individual Differences*, 38, pp. 1583-1595.

Whiten, A. (1999), The evolution of deep social mind in humans, în M.C. Corballis şi S.E.G. Lea (eds.), *The Descent of Mind: Psychological Perspectives on Humanoid Evolution*, New York, Oxford University Press, pp. 173-193.

Wilkinson, R.G. (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Londra, Routledge.

Williams, C.J. (2001), *Overcoming Depression: A Five Areas Approach*, Londra, Arnold.

Williams, J.M.G. şi Wells, J. (1989), Suicide patients, în J. Scott, I.M.G. Williams şi A.T. Beck (eds.), *Cognitive Therapy in Clinical Practice: An Illustrative Casebook Practice*, Londra, Routledge.

Williams, M. (1997), *Cry of Pain*, Londra, Penguin Books.

Wilson, D.R. (1998), Evolutionary epidemiology and manic depression, *British Journal of Medical Psychology*, 71, pp. 375-395.

Wolf, E.S. (1988), *Treating the Self Elements of Clinical Self Psychology*, New York, Guilford Press.

Wolfe, R.N., Lennox, R.D. şi Cutler, B.L. (1986), Getting along and getting ahead: Empirical support for a theory of protective and acquisitive self-presentation, *Journal of Social and Personality Psychology*, 50, pp. 356-361.

Wolpe, J. (1971), Neurotic depression: Experimental analogue, clinical syndromes and treatment, *American Journal of Psychotherapy*, 25, pp. 362-368.

Wolpe, J. (1979), The experimental model and treatment of neurotic depression, *Behaviour Research and Therapy*, 17, pp. 555-565.

Wolpert, L. (1999), *Malignant Sadness: The Anatomy of Depression*, Londra, Faber and Faber.

Wong, P.T.P. (2006), Existential and humanistic theories, în C. Thomas şi D.L. Segal (eds.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. Vol I: *Personality and Everyday Functioning*, New York, Wiley, pp. 192-211.

Worthington, E.L., O'Connor, L.E., Berry, J.W., Sharp, C., Murray, R. şi Yi, E. (2005), Compassion and forgiveness: Implications for psychotherapy, în P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, Londra, Routledge, pp. 168-192.

Wright, B., Williams, C. şi Garland, A. (2002), Using the five areas cognitive-behavioural therapy model with psychiatric patients, *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, pp. 307-315.

Wroe, A.L. şi Salkovskis, P.M. (2000), Causing harm and allowing harm: A study of beliefs in obsessional problems, *Behaviour Research and Therapy*, 38, pp. 1141-1162.

Yalom, I.D. (1980), *Existential Psychotherapy*, New York, Basic Books.

Young, J.E., Beck, A.T. şi Weinberger, A. (1993), Depression, în H.D. Barlow (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, New York, Guilford Press, pp. 240-277.

Young, J.E. şi Klosko, J.S. (1993), *Reinventing Your Life*, New York, Dutton-Penguin.

Zuroff, D.C. şi Blatt, S.J. (2006), The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced capacities, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, pp. 130-140.

Zuroff, D.C., Koestner, R. şi Powers, T.A. (1994), Self-criticism at age 12: A longitudinal study of adjustment, *Cognitive Therapy and Research*, 18, pp. 367-385.

Zuroff, D.C. Moskowitz, D.S. şi Cote, S. (1999), Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: Evolutionary perspectives, *British Journal of Clinical Psychology*, 38, pp. 231-250.

Zuroff, D.C., Santor, D. şi Mongrain, M. (2005), Dependency, self-criticism, and maladjustment, în J.S. Auerbach, K.N. Levy şi C.E. Schaffer (eds.), *Relatedness, Self- Definition and Mental Representation: Essays in Honour of Sidney J. Blatt*, Londra, Routledge, pp. 75-90.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Index

S-au redat cu caractere *italice* trimiterile la figuri.

A

abandon, teama de 193-194, 197-198, 248-249, 419-420, 483-484, 657--658
abilităţi colaterale 301-314
  abilităţi metacognitive 87-88
  conştiinţa de sine 231-236
  teoria minţii 236-239
abilităţi simbolice 86-89
abilităţi sociale, practicarea de noi 153-154
abordarea avantaje-dezavantaje 540--545, 586-589
abordarea problemelor centrată pe soluţii 149-150
abordări biopsihosociale 45-46, 51-53, *55*, 453-454, 645-646
abordări centrate pe soluţii 149-150
abordări comportamentale 132-133
  anxietate condiţionată 134-136
  conflicte apropiere-evitare 136-139
  emoţii reprimate 140-142
  folosirea imaginaţiei 143-144
  modelul de adaptare la stres 144-146
  modelul lui Ferster 139-140
  psihoterapie interpersonală 160
  SPACC 159-160
  şi conflictele subiacente 133-134
  tehnica celor cinci domenii 161
  terapie AC 147-148
  terapie comportamental-dialectică 155-159
abordări evoluţioniste 32, 60-80, 666
abuz
  ca sursă a ruşinii interioare 264-265
  parental 189-193
  şi dezgust 280-281
  şi ruşine 253-255
  şi teama de persecuţie 266-269
abuz verbal 189-190, 194-195, 205
AC, *vezi* terapia de activare comportamentală
acceptare a suferinţei 495-496
activităţi pozitive, valoarea 150-151
adoptare a rolului 373-376
adrese web 706-709
afecţiune, lipsa în primii ani de viaţă a 187-189
agorafobie 70-71, 132
agresiune
  ca apărare în faţa pericolelor sociale 284-285
  competiţie agresivă 200-204
  răspuns de autopedepsire la 277-280
  şi statut ierarhic 208-210
altruism 331-333
ambivalenţă 542, 559-561
AMC, *vezi* antrenare a minţii spre compasiune
ameninţare principală 65-70, 256, 528--532, 554-556
amigdală, sensibilitate crescută la nivelul 68-69
amintire a senzaţiei de a fi ameninţat 434-435
amintire traumatizantă 189-190, 267--268, 432-434, 479-480, 494-496, 653

amintiri afective 175-177, 249, 428
ale experienţelor din copilărie 194--195
ducând la ruşine 266-277, 283-285
efectul asupra sistemelor de liniştire 95-97
reactivarea 657-658
amintiri ale celorlalţi
şi regulile „dacă-atunci" 95-97, 176--177
şi ruşinea 284-285
amintiri pozitive despre ceilalţi, efectul asupra autoevaluărilor 95-97
analiză funcţională 553-554
analiză în lanţ 157, 394-403, 465-466
anhedonism 30, 32, 53, 58, 217
antidepresive 34-35, 42-43, 113, 646
antrenare a minţii spre compasiune (AMC) 500-501, 690-696
anxietate 134-136
anxietate socială 108-109, 279
apartenenţă, nevoia de 248-250
apărare blocată 116-121
apreciere de sine *versus* apreciere comportamentală 560-561
argumente terapeutice explicate clientului 360-363
asertivitate 153, 589-596
imaginară 558
jocuri de rol/vizualizarea jocurilor 457-460
aspecte psihologice ale evaluării 33-35
ataşament 166-168
căutarea intimităţii 258-260
în scopul protecţiei 178-180
stiluri de relaţionare 196-199
strategia de căutare a aprobării 258
şi mentalitatea de căutare a atenţiei 166-168
şi rezolvarea conflictelor 137-139
ataşament ambivalent 198
ataşament anxios 197, 259, 582
ataşament dezorganizat 198
ataşament evitant 197-198
ataşament nesigur 198-199, 476
ataşament sigur 138-139, 197
atenţia terapeutului 302-303
atenţie pozitivă, întrecerea pentru 208--210
atingere, importanţa 178-178
atitudini disfuncţionale 411-412, 414
atractivitate
şi aprobarea socială 208-210, 258
şi comparaţiile sociale 261-262
atribuţii 562-564
autocompasiune
atribute ale 500-507
consecinţe ale 507-508
dezvoltarea 486-499
temeri asociate cu 482-487
autocritică
ca strategie de siguranţă 277-280
identificarea surselor 556-558
sentimente de 280-282
şi supunerea 275-276
tratarea 548-572
voci critice 272-275
autocritici care conduc la evoluţia sinelui 281-282
autocultivare 489-491
autoînvinuire 95-96, 277-278
cultivarea reatribuirii 562-564
femeile în relaţii abuzive 118, 206
reducerea 540
vezi şi critică
automonitorizare 450-455
autorănire, riscuri de 36-37
autorecompensare 656

B

Baldwin, M.W. 95-97, 175-176
Baumeister, R.F. 66, 118, 212
Bibring, E. 247, 624
Bowlby, John 167-169, 178
Brantley, J. 156, 450, 706
Brown, G.W. 46, 49, 51, 118, 126, 174, 218
budism 156, 328-330, 474, 512-513, 651

C

calităţi ale relaţiei terapeutice 299-301
capcane 412-414

căldură
atribute ale 179-180
în relaţia terapeutică 338-339
şi protecţie 178-180
căutare a afecţiunii, pedepsirea 140--141, 271
căutare a ajutorului oprită 111-114, 276-277
căutare a ajutorului suspendată 126--128
căutare a validării *versus* căutare a dezvoltării 214
căutare şi găsire a rolului 80-85
ceilalţi
importanţa evaluărilor din partea 171-175
memorii afective ale 95-97, 175-177
teoria minţii 236-240
comparare socială 260-262
comparaţii cu ceilalţi 215-216, 260-262
compasiune
consecinţe ale 507-508
dezvoltarea compasiunii de sine 486--507
în relaţia terapeutică 328-339
teama de 482-486
competitivitate 85, 192, 213-219, 592
agresivă 200-204
efect asupra stimei de sine 210-213
pentru atenţia pozitivă 208-210
stări de eşec 164-166
competitivitate parentală 192
competiţie socială 199-208, 216-217
comportament compensativ
al copiilor 194-195
eşecul în 139-140
comportament de căutare a aprobării 125, 258-260
comparaţia socială 260-262
patternuri ale 262
tratament 573-586
comportament de evitare 70-71, 120--121, 148-149, 295-296
generat de ruşine 253-254
întărire a 139-140
şi emoţiile copleşitoare 269-271
şi sentimentele neplăcute 235-236
comportament explorator social 594--595
comportament nonverbal
al clientului 455-456
al terapeutului 303
comportamente adaptive 52, 116, 184--185
adaptarea la stres 144-146
găsirea alternativelor 365-371
vezi şi comportamente/strategii de siguranţă
comportamente/strategii de siguranţă 71-72, 415-417
formulări 422-435
înţelegerea 541-547
vezi şi autocritică
conceptualizare a cazului şi formulare 422-435, 669-672
conceptualizare a cazurilor 51-53, 422-435, 669-672
concluzii pripite 675
condiţionare 93-95, 132-133, 142-143
anxietate condiţionată 134-136, 140--141, 271, 425
strategii protest-disperare 170
şi emoţiile interioare 271-272
condiţionare clasică 134-136
conectare 171-175, 180-181, 205, 211, 230
conflicte 132-134, 156, 653
apropiere-evitare 136-139
vezi şi conflicte conjugale
conflicte conjugale 46, 375, 565
conflicte de tipul apropiere-evitare 136--139, 156, 193, 412
conflicte interioare 134-136, 549-550
conformare în terapie 358-359, 373--375, 596-597
confuzia REUŞITĂ-EU 560-561
consecinţe involuntare ale strategiilor de siguranţă 430-432
consiliere
aptitudini fundamentale 301-314
etape ale 298, 341-342
explorarea poveştii clientului 345--348
încheierea terapiei 657-662

întrebări legate de prezent 356-357
întrebări legate de trecutul pacientului 341-355
modele 297-298
pregătirea şi supervizarea 663-666
şanse slabe de diagnosticare 43-44
temerile/grijile iniţiale ale clientului 343-344
vezi şi relaţie terapeutică
conştientizare, intensificarea 363-365
conştiinţă de sine 233-234, 241
augmentarea 455-460
contact vizual al terapeutului 302
contratransfer 310-312, 602, 665
contratransferuri nondefensive 310-312
control
neajutorare 111-114
parental 191-195
pericolul de a pierde 104-110
şi puterea 468-469
convingeri 230, 537
ale terapeutului 663-666
convingeri de siguranţă 72-73, 541--548
convingeri fundamentale 380, 397--399, 403
înţelegere a 541-547
lipsa încrederii în ceilalţi 676
negative 49-50
şi naraţiunile 240
vizarea 526-529
convingeri fundamentale 380, 397--399, 403
cooperare, obiectiv biosocial 82-84
coping adaptiv 145-146
coşmaruri 265-269
creare a unui film 457-459
critică
din partea părinţilor 191-192, 425--426, 556-558
la muncă 649-651
vezi şi autocritică
critică din partea părinţilor 191-192, 425-426, 556-558
cultivare 331-333, 489-491
cultivare a reatribuirii 370, 562-564
curaj în faţa sorţii 223-224

D

demobilizare 114-115, 169, 205, 217
depresie clinică şi SPACC 159-160
depresie nevrotică (nevroză) 134-136
depresie parentală 188-189
depresie sezonieră 32
depresie
abordări biopsihosociale 45-46
clasificare 30-32
conceptualizare 51-53
emergenţă 46-51
etape 40-43
evaluare 33-38
modelul evoluţionist 61-80
prevalenţa 38-40
riscul de 36-38
simptome 29-30
tratamente 43-44
vezi şi factori de vulnerabilitate
descoperire direcţionată 390, 394-403
desensibilizare 71, 363, 466
detaşare 114-115, 187-188, 648-649
dezamăgire
autoatacarea declanşată de 365-368
depresia ca rezultat al 248-249
desconsiderarea elementelor pozitive 678-680
emoţii secundare asociate 368
dezgust de sine 252, 276, 281, 552
dialoguri/întrebări socratice 388-395
diferenţe de sex 39, 252-253, 261-262
dileme 412-414, 471-472
disperare, ca deactivare comportamentală condiţionată 168-171
dopamină 45, 109, 112, 202
Dryden, W. 399

E

educare a îngrijirii 331, 489-451
efecte contagioase ale stresului 108
efecte fiziologice
ale fanteziilor 512-513
ale pericolului 435-436
ale stresului 108-109
ruşinea 252-253
emergenţă 46-51

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

emoţii 28-31, 35-37
a acţiona împotriva 159-160
afectând procesarea informaţiei 103
dificultăţi în comunicare 87-89
efectul imaginaţiei asupra 143-144
influenţând procesarea informaţiei 103
intensificarea conştientizării 363-364
în conflict cu raţiunea 60-63
în situaţii de pericol 68-70
pozitive 73-80
reacţii negative de pericol faţă de 269-270
reglementate de obiectivele identităţii de sine 231-234
reprimate 140-142
şi condiţionarea 271
emoţii refulate 140-142
emoţii secundare 269-270, 535
empatie
pentru criticul interior 553-554
reflecţii asupra clientului din partea terapeutului 336-337
rezonanţă empatică 317-320
şi compătimirea 314-316
şi evitarea unei atitudini critice 337-338
şi nevoile clientului 320
şi teoria minţii 316-317
şi validarea 321-327
vezi şi teoria minţii
epuizare 106, 123, 149, 438-440, 646, 648-649
eşec, teama de 84-85, 213-214, 273--274
etape ale depresiei 40-43
evadare blocată 118, 191
evaluare a depresiei 33-38
evenimente declanşatoare 51-53
evitare a unei atitudini critice 337-338
excese 599
experienţe ale primilor ani de viaţă
ameninţări care duc la depresie 98-100, 433-435
importanţă 181-185
rememorare 194-195
experienţe din trecut
efect asupra autoevaluării 95-97
tratare 546-547
vezi şi experienţe ale primilor ani de viaţă
experienţe emoţionale 354-355, 582
experienţe negative
eliberarea hormonilor de stres 48-49
reducerea 648-650
experienţe pozitive, augmentarea 653--656
experimente comportamentale 151, 157-158, 444, 448-449, 463-467, 523
exprimare verbală a sentimentelor/gândurilor, dificultăţi în 88-89, 399-400, 612-613
expunere 295-296, 363, 466, 479-480, 491-492

F

facilitare a amintirii 537
factori de vulnerabilitate 47-53, *55*, 242-243, 624
abuzul timpuriu 94-95, 189-191
ataşament nesigur 184, 198-199
intimidare 204-205
şi stilurile parentale 185-196
fantezii 84-85, 174, 456
ale ajutorului interior 512-513
ca liant între gânduri şi sentimente 384-385
care provoacă teamă, combaterea 269-270
despre consilier 321-322
despre însănătoşire/îmbunătăţire a stării 154
folosite în terapie 143-144
favoritism al părinţilor, efecte ale 192--193, 261-262
feedback 431-433
Fennel, M. 151, 561
Ferster, C.B. 139-140, 162, 271, 483
Field, T. 77, 169, 178, 180
fişe informative pentru client 675-684
formarea identităţii 89-90
formularea cazurilor 425-435, 669-672
formulări cognitive *424*, *670*

Freud, Sigmund 232, 269, 277, 299, 548
frustrare 104-106
furie
  atitudine faţă de 564-566
  ca sentiment secundar 368-369
  din partea clientului 324-326
  suspendată/blocată 123-124
  şi ruşinea interioară 280-282
  teama de exprimare a 141-142
furie blocată 123-124

G

gândire
  căi alternative de 365-371
  prejudecăţi cognitive 406-409
  stiluri deprimante de 675-677
  vezi şi gândire în alb-negru, gândire negativă
gândire dihotomică 559-560
gândire în alb-negru 369-370, 407, 412-413, 537, 559-560, 575, 677
gândire negativă 652
  alternative la 529-541
  provenite din experienţele timpurii 181-182
  ruminaţie 241-242, 409-410
  sentimente asociate cu 405-406
  vezi şi autocritică
gândirea emoţională faţă de cea raţională 62-63
gânduri
  alternative, forme pentru 678-684
  autocritice 275-276
  dificultăţi în destăinuirea 397-398
  identificarea 401-402
  legătura cu sentimentele 383-386
  scrierea 362-363, 402-403
gânduri repetitive, *vezi* ruminaţie
gânduri utile, concentrarea pe 478-482
gesionare a timpului 655
Greenberg, D. 275, 483, 553-554
greutăţi ale vieţii 286

H

Harris, T.O. 49, 51, 118, 174
hărţuire interioară 273-276
hidrocortizon 77, 107-108, 202
hipotalamus, rolul 58, 107
hormon de eliberare a corticotropinei (HEC) 107
hormoni de stres 30, 49, 71, 77, 107--109, 112

I

idealizare 247-248
  ajutor interior 512-517
idealuri 623-625
  jelirea pierderilor 545-546
  lucrul cu 428-433
identitate de sine
  dezvoltarea 89-90
  obiective ale 231-234
  şi credinţe fundamentale 380-381
  şi înfrângerea mentală 205-206
  şi ruşinea 251
  şi schema eu-celălalt 417-421
iertare 622
imaginaţie 227-231
imagini 143-144
  „ale locului sigur" 511-512
  bazate pe compasiune 508-517
imagistică asociată compasiunii 508--522
impresionarea celorlalţi 258-260
indisponibilitate parentală 186-187
inferioritate 124-126
  experienţe subiective 205-207
  strădania de a evita 208-210, 213--219, 259-260
  şi invidie 631
  şi ruşine 259-260
  şi stil autocritic 273-274
iniţiere a interacţiunilor pozitive 592--595
instrucţiuni autoritare 535-536
interacţiune între părinte şi copil
  ruşinea indusă de părinţi 247
  şi căldură 178-180
interacţiuni între sistemele afective 78-80
interpretarea ameninţării, legătura cu sentimentele negative 65-70
intersubiectivitate 236-237, 286-287

intervievare motivaţională 413, 505
intimidare 204-205
autointimidare 207-208, 273-274, 551-553
de către părinţi 189-191
şi ruşine 283
intimidarea de sine 207-208, 273
intimitate, căutarea 258-260
Inventarul de Depresie Beck (IDB) 35, 38
invidie
a terapeutului 324-326, 634-636
acceptare din partea celorlalţi 636--638
teama de propria 631-634
iritabilitate 123-124, 142
istoricul clientului 348-355, 581-582
izolare, teama de 174-175
izolare afectivă, teama de 174-176

Î

împăciuire 277-280
împărtăşire a obiectivelor terapeutice cu clientul 358-360
încheierea terapiei 657-662
încredere
legătura cu compararea socială 210--212
pierderea 108-109
şi căldura 338-339
şi reuşita în rezolvarea problemelor 149-150
îndepărtarea ruşinii 321-327, 438-440
înfrângere mentală 205-207
înlănţuire a inferenţelor 356-357, 363--364, 394-403
înlănţuiri complexe 399-400
întrebări în tipul consilierii 304, 387--393
întristare 126-127, 495
învăţare 93-95

J

jetoane 538-539
jocul de rol 459-460
jurnal personal, scrierea 454-455

K

Kohut, Heinz 244-249, 522

L

Leahy, R.L. 20, 37, 269-270, 413, 441
limbaj şi semnificaţie 87-88
Linehan, M. 155-157
lucratul în afara şedinţelor terapeutice 373-376, 464-467

M

mame foarte intuitive 187-188
Marra, T. 155
„material din umbră" 321
maturizarea clientului, terapia ca ajutor în 470-471
mecanisme de apărare înnăscute, model pentru 128-129, *130*
medicaţie 645-646
meditaţie 452-453
mentalitate cooperativă 172
mentalitate de căutare a îngrijirii 81--82, 186-188
mentalitate de oferire a îngrijirii 81-83, 166-167, 330-*331*, 487-489
mentalitate/concepţie competitivă 164--165, 215-217, 224
mentalităţi sociale 83-85, *98*, 219-220
mentalizare 236-237
milă 314-315
minte multidimensională 59-60
modele interioare de lucru *98*, 175-176
modelul reglajului comportamental al lui Ferster 139-140
Morrison, A.P. 246-247
motivaţie 75-76
de a aparţine 249-250
de a evada 117-121
înnăscută 83-85
obiective biosociale 83-84
obiective sociale 97-98
pierderea 29-30
şi competitivitate 214-219
motivaţii de evadare 117-121
motive, reglarea 231-234
mulţumire 73-74, *75*-78, 473-475, 653-654

N

narațiuni 239-240
narațiuni externe 240
narațiuni interioare 240
Nassbaum, M.C. 328
National Institute for Clinical Excellence (NICE) 28-29, 35, 42-43, 54, 56
neacceptare parentală 187-188
neajutorare învățată 111-114
neînțelegeri în timpul consilierii 308--310
Nesse, R.M. 32, 115
neurotransmițători 45-46
nevoi sociale umane 83-84, 164-165
noradrenalină 30, 45

O

obiective
  ale identității de sine 231-234
  biosociale 83-84, 97-100
  imposibile, urmărirea 114-115
  planificarea 655
  validarea 326-327
oboseală 34, 106
oglindire 245-247
opioide 109, 112
Overcoming Depression (Gilbert) 482
oxitocină 76-77

P

Padesky, C. 707
parafrazarea ca abilitate terapeutică 306-307
patternuri psihobiologice de răspuns 78-80, 93-94
  condiționarea 142, 170-171
  memorii afective 175-177
  originile 181-185
  protest-disperare 170-171
  strategii de înfrângere 203-204
  și neajutorarea 113-114
pauză, nevoia de 122-123
părinți anxioși 188
părinți imprevizibili 193, 485
părinți turbulenți 193-194
percepții ale persoanelor deprimate asupra lumii 139-140
perfecționism 258-260
pericol/amenințare
  al pierderii controlului 104-110
  ca reglatori ai stărilor 104-114
  diferite răspunsuri la 57-58
  în cadrul stilurilor parentale 189--194
  în crearea rolurilor sociale 83-85
  perceput interior/imaginat 234-235
  și rușinea 255-256
Perrez, M. 144-147
perspectivă adaptivă asupra depresiei 25-27
perspectivă pozitivă necondiționată 299, 319, 337
pierderi sociale 219-224
PIT, *vezi* psihoterapie interpersonală
planificarea activităților 150-152
potențial de păstrare a atenției sociale (PPAS) 210-212
poziție/statut
  competiția pentru 200-204
  obiectiv biosocial 83
  strategii pentru câștigarea *209*
poziție socială 210-213
PPAS (potențial de păstrare a atenției sociale) 210-212
practicarea intervențiilor terapeutice 464-468
practică independentă 464-467
predispoziții cognitive 406-409, 651
pregătirea consilierilor 663-666
presupoziții despre lume 380-381, 411--412
prevalență a depresiei 38-40
Price, John 202-203, 210, 215
procedura celor două scaune 553-556
procentele recidivei 41-42
procentele vindecării 40
procesarea informației
  influența emoțiilor/stărilor 102-103
  și cognitii 62-63, *64*, 239
  și stresul cronic 108-110
programare a activităților 150-152, 673--674
programare comportamentală 673-674
progres

depresia ca şansă pentru 470-471
persoane care urmăresc 213-214
promovarea prin compasiune a 504--505
proiecţie 237-238
protecţie *versus* căldură 178-180
psihologia sinelui 244-250
psihologie pozitivă 489-491
psihoterapie interpersonală (PIT) 160
putere şi control 468-469

R

raport, dezvoltarea, *vezi* relaţie terapeutică
raţionament emoţional 60-63, 676
răspândirea activării 42, 51-52
răspunsul la umilinţă 284-285
reacţii la pericol generate de emoţiile interioare 269-270
realizări, efortul de a obţine 213-214, 258-260, 586-589
reamintirea experienţelor din copilărie 194-195
reapariţia depresiei 41-42
redactarea unor scrisori pline de compasiune 518-519, 697-703
redarea speranţei 442
reflectarea emoţiilor, calitate a terapeutului 305-306
reformularea plină de compasiune 518
reguli „dacă-atunci" 92-93, 412-413
şi experienţele timpurii 181-183
şi memoriile afective 175-177
reguli, *vezi* convingeri fundamentale, reguli „dacă-atunci"
Reicherts, M. 144-146, 150
relaţia mamă-copil 166-168, 182-183
relaţie terapeutică 291-292
abilităţi colaterale 301-314
atributele 299-301
centrată pe compasiune 328-339
empatie 314-327
mila 314-315
procesul 296-298
şi compasiunea faţă de sine 521-522
vezi şi consiliere
relaţii
beneficii provenind din depresie 543--545
intime intense, nevoia de 575-586
în supravieţuirea primordială 171--172
modele interioare de lucru 177
probleme de comunicare 120-121
relaţii de putere 200-204, 219-224
relaţii sociale 46-47, 159-160, 208-209
relaţii timpurii
configurând credinţele adultului 181--182
şi modele interioare de lucru 176--177
vezi şi ataşament
relaxare, dificultate în atingerea 78
rememorarea experienţelor din copilărie 194-195
respingere
capacitatea de adaptare la 183-184
evitarea 208-209
resurse *self-help* 707
revoltă
faţă de părinţi 556-558
în terapie 596-599
rezistenţă la tratament 42-43
rezumarea ca abilitate a consilierului 307-308
riscuri provenite din depresie 36-38
Rogers, Carl 244, 299-301, 328, 340
roluri sociale şi siguranţă/pericol 83-85
ruminaţie 241-242, 380, 460-462
ruşine
exterioară 257-258
interioară 265-269, 280-282
în procesul terapeutic 444-445
model pentru 282-285
şi stigmat 257
şi vină 622
tratarea 601-616
vindecarea de 140-141
ruşine exterioară 255-260, *283*-285, 310-311, 608-609
ruşine interioară 263-269, 280-282, 608-609
ruşinea centrată pe silă 280-281

S

sărăcie şi depresie 286
scala de depresie, anxietate şi stres 35
scala experienţelor de viaţă timpurii (SEVT) 194
schema sine-celălalt 417-421
schemă interpersonală 97-100
schemă relaţională 177
schemă sine-celălalt necondiţionată 417-418
scheme/relaţii sine-către-sine 239-240, 275-276
schimbarea comportamentului interpersonal prin SPACC 159-160
scopuri biosociale 82-84, 97-100
scriere
  a gândurilor 362-363, 402-403
  a jurnalelor personale 454-455
  a scrisorilor într-un mod compasional 518-519, 697-703
scrierea de scrisori 518-519
Seligman, M.E.P. 42, 111-114
semnale negative interioare 651-653
semnificaţie
  articularea 448
  crearea 61-62, 86-89, 238-239
sensibilitate faţă de suferinţă 491-492
sensibilitate genetică la depresie 48--49, 183-184, 223-224
sentiment de captivitate 117-121, 618--620
sentimente
  ale clientului, reflectarea 305-306
  asocierea cu gândurile 383-386
  atitudini faţă de 564-569
  dificultatea de a le exprima 87-89, 397-399
  înţelegerea empatică a 317-319
  învăţarea tolerării 369-370
  refulate 140-142
  ruşinea în exprimarea 601-607
sentimente/temeri fundamentale 269-271
sentimentul de legătură socială 171--175, 206-207
sentimentul lipsei de valoare, conceptualizări alternative 365-371
separare 184-185
serotonină 30, 69, 109, 112, 202, 218
sfere de funcţionare 64-65
  abilităţi simbolice/metacognitive 86--89
  aspecte complexe 90-92
  căutarea/formarea rolului 80-85
  formarea identităţii 89-90
  interpretarea pericolului şi a siguranţei 65-80
siguranţă 65-66
  crearea unui fundament solid în terapie 295-296
  imagistica „locului sigur" 511-512
  şi ajutorarea 479-480
  şi emoţiile pozitive 73-80
  şi protecţia 166-167
  şi rolurile sociale 83-85
  vezi şi comportament de evitare, căldură
SII, *vezi* strategia involuntară de înfrângere
simptome ale depresiei 29-30
sindrom de stres posttraumatic (SSPT) 205-205
„sine care observă" 372, 450-453
sinele ca obiect 241
sinele raţional în conflict cu sinele afectiv 60-63
singurătate 77-78, 174-176
sinucidere, factori de risc ce conduc la 36-37, 221, 264-265
sisteme afective 73-80
sisteme afective pozitive 73-74
sisteme automate 63, *64*
  autoevaluări inconştiente 95-97
  reacţii/gânduri automate 381-387
sisteme de activare 75-76
sisteme de apărare 429-430
  blocate/ineficiente 116-121
  împăcarea 277-280
  înnăscute 128-*130*
  protest-disperare 168-171
  ruşinea exterioară 284-286
  strategii de înfrângere 217-219
  stres 107-110
  vezi şi strategii de protecţie; comportamente/strategii de siguranţă

sisteme de liniştire 76-78
absenţa în copilărie a 186-188
concentrarea minţii pe 480-482
efectul amintirilor afective asupra 95-96, 175
idealizarea 247-248
vezi şi autocompasiune, căldură
sisteme multinivel 57-59, 549-550
sistemul psihoterapeutic de analiză cognitiv-comportamentală (SPACC) 159-160
SPACC, *vezi* sistemul psihoterapeutic de analiză cognitiv-comportamentală
spaţiu personal, nevoia de 122-123
specificitate 400-401
stabilire a unui plan 446
stare
reglementată de pericol 106-110
şi procesarea informaţiei 103
stare de bine
a clientului, grija terapeutului faţă de 331-333
clientul lucrând pentru propria 489-491, 505
starea de supărare 592-593
statut, *vezi* poziţie/statut, poziţie socială
stări de înfrângere
ca strategie de protecţie 203
diferenţe individuale 205-206
ducând la depresie 217-219
experienţe subiective ale 205-208
şi pierderea socială 219-224
stigmat şi ruşine exterioară 257
stiluri de gândire tipic depresive 675-677
stiluri de viaţă, schimbarea 149
stiluri parentale 185-196
stima de sine şi poziţia socială 210-213
strategia involuntară de înfrângere (SII) 203-204
strategii
reguli „dacă-atunci" 92-97
vezi şi comportamente/strategii de siguranţă; strategii de protecţie
strategii ale ierarhiei inferioare 221-222
strategii autocratice 221
strategii de protecţie 66-67
protest-disperare 168-171
şi stări al înfrângerii 199-208
vezi şi sisteme de apărare, comportamente/strategii de siguranţă
strategii protest-disperare 168-171
strategiile din vârful ierarhiei 221, 259-260
strădaniile persoanei aflate în faza de predepresie 242-243
stres 107-108
afectând procesul luării deciziilor 138-139
cronic 108-110
explicarea efectelor 438-439
modelul de adaptare la 144-146
şi pierderea controlului 111-114
şi subordonarea 201
stres cronic 108-110
structuri compensatorii 246-247
subordonare 205-206
la animale 215-216
şi abuz 191-192
şi inferioritatea 210-213
şi stima de sine scăzută 201
supervizarea consilierilor 663-666
susţinere, obţinerea 654-655

T

tăcere în timpul şedinţelor terapeutice 312-314
tânjire/dorinţă arzătoare 169, 323, 574-575
TCC, *vezi* terapia cognitiv-comportamentală
TCD, *vezi* terapia comportamental-dialectică
tehnica celor cinci domenii 161
temeri
concentrarea pe 428
de a veni la consiliere 342-344
de izolare emoţională 173-175
de propria invidie 631
de rezultatul terapiei 442-443
de schimbare 542-543
interne şi externe 403-404
procesul învăţării 70-71

temeri/griji exterioare 403-404
temeri/griji interioare 404-405
teoria alocării resurselor 115
teoria detaşării stimulate 114-115
teoria minţii 236-239, 316-317
terapia centrată pe compasiune 473--474, 685-387
terapia cognitiv-comportamentală (TCC) 53-54, 394-395, 433-434
  ca abordare în consiliere 378-381
terapia comportamental-dialectică (TCB) 155-159, 334, 495
terapia de activare comportamentală (AC) 147-148
terapie 59-60
  abordarea echipei în 334-335
  adrese web 707-709
  experimente comportamentale 463--464
  finalizarea 657-662
  primele etape 442-446
  proceduri 446-462
terapie de grup 153-154
terapie multimodală 525-526
termeni de evitat 407, 420-421
testarea/dobândirea dovezilor 527-529
toleranţa faţă de suferinţă
  a clientului 495-496
  a terapeutului 334-336
toleranţă
  a sentimentelor de vină 621
  la suferinţă a clientului 495-496
  la suferinţă a terapeutului 334-336
tolerarea afectelor 621-622
transfer 238, 321-325
transpunere în diagrame 448-450
tratament în cooperare cu clientul 358--360, 373-374, 440-442, 596-599
tratamentul depresiei 43-44
trăirea întrajutorării 478-482
tristeţe
  comportamentul de căutare a ajutorului 126-127
  dezvelită de compasiunea de sine 483--484
  evitarea 485-486
  ruşine în exprimarea 601-602
tulburări ale somnului 149

U

umilirea socială 649-650
umorul în terapie 560

V

validarea relaţiei terapeutice 321-327
valorizarea de sine 260-262
vină 617-623
violenţă domestică 189, 193-194, 205--208
vise 265-267

W

Watson, J.C. 554
Williams, Chris 161
Wolpe, J. 134-136
Wolpert, Lewis 27, 266

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În colecţia Psihologie clinică şi psihoterapie

au apărut:

José Guimón – *Introducere în terapiile de grup. Teorii, tehnici, programe*
José Guimón, Béatrice Weber-Rouget – *Terapii scurte de grup. Comportamente şi ilustrări clinice*
Şerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*
Şerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote – *Mecanismele de apărare. Teorie şi aspecte clinice*
Daniel Marcelli, Élise Berthaut – *Depresie şi tentative de suicid la adolescenţă*
Mircea Lăzărescu, Aurel Nireştean – *Tulburările de personalitate*
Gavin Andrews, Mark Creamer, Rocco Crino, Caroline Hunt, Lisa Lampe, Andrew Page – *Psihoterapia tulburărilor anxioase. Ghid practic pentru terapeuţi şi pacienţi*
Linda Wilmshurst – *Psihopatologia copilului. Fundamente*
Ovide Fontaine, Philippe Fontaine (coord.) – *Ghid clinic de terapie comportamentală şi cognitivă*
Juliette de Chassey, Sylvie Brignone – *Terapia comportamentală şi cognitivă a tulburărilor de ritm şi fluenţă*
Peter J. Hawkins – *Hipnoza şi stresul. Ghid pentru clinicieni*
Mircea Lăzărescu, Lucian Ile – *Tulburarea obsesiv-compulsivă. Circumscriere, modele şi intervenţii*
Bert van Luyn, Salman Akhtar, John W. Livesley (coord.) – *Tulburările severe de personalitate. Probleme curente în practica clinică*
Maja O'Brien, Gaie Houston – *Terapia integrativă. Ghid practic*
Iulia Ciorbea – *Personalitatea psihoterapeutului şi procesul terapeutic*
David Westbrook, Helen Kennerley, Joan Kirk – *Introducere în terapia cognitiv-comportamentală*
Doina Cosman – *Psihologie medicală*
Windy Dryden (coord.) – *Manual de terapie individuală*
Bernard Robinson – *Psihologie clinică. De la iniţiere la cercetare*
Arreed Barabasz, John G. Watkins – *Tehnici de hipnoterapie*
Jim Wilson – *Terapia centrată pe copil. Ghid practic*
Niels P. Rygaard – *Tulburările severe de ataşament în copilărie. Ghid de terapie practică*
Laurent Schmitt – *Primii paşi în psihoterapie. Manualul terapeutului*

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

Jacques Thomas, Célia Vaz-Cerniglia, Guy Willems – *Tulburările de atenție la copii*

Luis Vera, Jacques Leveau, Louis P. Vera – *Terapia cognitiv-comportamentală la copii și adolescenți*

Arthur W. Blume – *Consumul și dependența de droguri. Ghid practic de evaluare, diagnostic și tratament*

Paul Gilbert – *Depresia. Psihoterapie și consiliere*

în pregătire:

Mircea Lăzărescu, Ramona Bărănescu – *Psihopatologie descriptivă. Semne și sindroame în tulburările mentale*

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

www.polirom.ro

Redactori: Andra Hâncu, Dragoș Roșca
Coperta: Laurențiu Midvichi
Tehnoredactor: Luminița Păun

Bun de tipar: octombrie 2011. Apărut: 2011
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. BOX 266
700506, Iași, Tel. & Fax: (0232) 21.41.00; (0232) 21.41.11;
(0232) 21.74.40 (difuzare); E-mail: office@polirom.ro
București, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A, sc. 1, et. 1,
sector 4, 040031, O.P. 53 • C.P. 15-728
Tel.: (021) 313.89.78; E-mail: office.bucuresti@polirom.ro

IMPRIMERIA ARTA GRAFICA

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2011/10 06
11.50

Considerată de unii specialişti o consecinţă a procesului de evoluţie, depresia afectează în prezent din ce în ce mai multe persoane. Volumul descrie etapele esenţiale ale terapiei, de la diagnosticare până la stabilirea şi aplicarea planului de tratament, precum şi tehnicile utilizate în diferitele tipuri de depresie. Numeroasele studii de caz ilustrează importanţa relaţiei psihoterapeut-client şi modul în care pot fi combătute negativismul, furia, sentimentul de ruşine şi vinovăţie caracteristice depresivilor. Datorită informaţiilor de ultimă oră, prezentate într-o manieră accesibilă, acest ghid practic este util tuturor celor implicaţi în tratarea persoanelor suferind de depresie.

Înţelegerea naturii depresiei din perspectivă biopsihosocială • Sisteme multistratificate în cadrul depresiei • Nevoile şi rolurile sociale umane: ataşamentul, conectarea socială şi eşecul • Gândirea, conştiinţa de sine, obiectivele sociale şi rolul ruşinii în cadrul depresiei • Relaţia terapeutică şi conlucrarea în consiliere • Dezvoltarea compasiunii faţă de sine • Abordarea dificultăţilor specifice: aprecierea, reuşita, asertivitatea, rebeliunea, ruşinea, vinovăţia, idealizarea şi invidia • Terapia centrată pe compasiune

EDITURA POLIROM
ISBN 978-973-46-2226-9
www.polirom.ro

BCU IAŞI/CENTRU